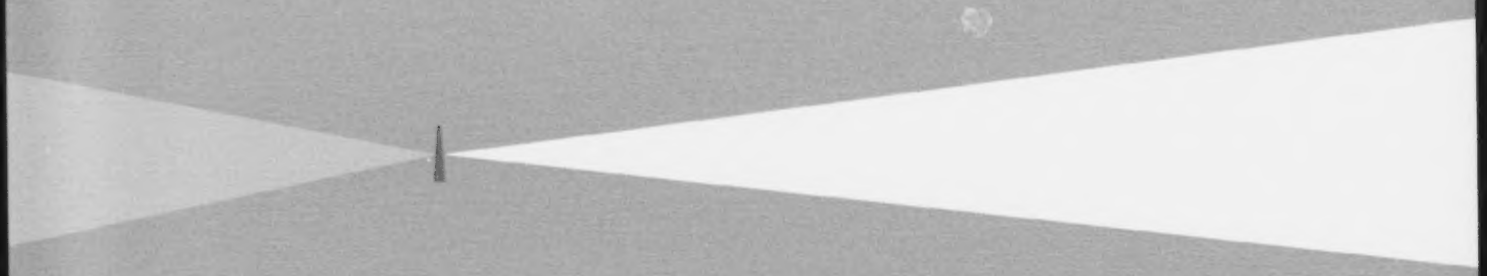
LE COMMISSAIRE
À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE

AMÉLIORER
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX

# RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 2009

## ÉTAT DE SITUATION PORTANT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET SUR SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS



Québec

apprecier

recommander

consulter

informer

MOT DU COMMISSAIRE 4

AVANT-PROPOS 6

INTRODUCTION 9

LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC 13

L'infrastructure du système de santé et de services sociaux 15

Les institutions qui composent le système 15

Les ressources financières et humaines 15

La fréquentation des services de santé et des services sociaux 19

Les soins et services couverts par l'État 20

Les récentes constatations relatives à la performance 22

LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS 27

Une vue d'ensemble de la première ligne de soins 29

Qu'est-ce que la première ligne de soins ? 29

Quelques aspects du développement de la première ligne de soins 31

Quelles sont nos ressources médicales de première ligne ? 34

Où les médecins de famille travaillent-ils ? 36

La distribution géographique des soins de première ligne 37

Comment sont organisés les soins de première ligne ? 39

La rémunération des médecins 40

Les problèmes constatés dans la première ligne de soins 41
La pénurie de main-d'œuvre 42
La désaffection pour la pratique de médecine de famille 43
Le manque de productivité 44
L'affiliation au médecin de famille 45
L'accessibilité des services médicaux 47
La réduction des champs de pratique 52
La continuité des soins 54
La coordination des services 56
La satisfaction envers les soins de première ligne 60
Les propositions des récentes commissions d'étude et des groupes de travail 62
CONCLUSION _67
LISTE DES FIGURES _71
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _72
RÉALISATION _75
REMERCIEMENTS _76

# > MOT DU COMMISSAIRE

Apprécier la performance d'un système de santé et de services sociaux n'est pas une mince affaire. Pour remplir notre mandat, nous avons opté pour une approche unique, fondée sur l'engagement, le dialogue et la collaboration des acteurs, ainsi que sur la consultation citoyenne, que nous avons placée au cœur de notre démarche. C'est pourquoi notre appréciation emprunte deux voies : d'une part, l'étude quantitative d'indicateurs de monitorage et, d'autre part, une série de consultations, dont celle du Forum de consultation du Commissaire, qui permettent de donner un sens aux chiffres.

La première ligne de soins fait l'objet de notre premier rapport d'appréciation. En tant que porte d'entrée du système, la première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut construire une amélioration de l'ensemble du système. De plus, du fait qu'elle répond aux besoins courants des personnes en matière de santé, cette première ligne de soins est une façon de rejoindre une majorité de personnes, près de leur milieu de vie. Finalement, nombre de commissions, de groupes de réflexion et d'études se sont penchés sur la première ligne de soins. Il existe, par conséquent, un vaste ensemble de constats et de propositions de changement à son égard.

Partant de ces constats, nous avons consulté un ensemble d'experts, de décideurs et de citoyens, ainsi que divers groupes professionnels et divers milieux cliniques. Un ensemble de propositions en a émergé. Certaines font consensus, tandis que d'autres suscitent encore des débats. Nous avons retenu celles pour lesquelles l'ensemble des acteurs consultés s'entendait, tant sur le plan de leur efficacité que sur celui de leur faisabilité, de leur acceptabilité dans notre contexte et de la démonstration de leurs effets.

Le rapport d'appréciation que je soumets est conçu en quatre documents, chacun ayant sa vocation propre, qui s'adressent à des lecteurs dont les objectifs et les préoccupations peuvent différer. Avant tout cependant, notre démarche est empreinte du désir d'informer et d'apporter des pistes d'amélioration. Il faut l'admettre, ce système est complexe au point qu'il n'est pas toujours bien compris. Nous avons ainsi privilégié une approche où un ensemble de renseignements sont présentés, de manière structurée, pour alimenter la réflexion de plusieurs acteurs pouvant faire une différence pour notre système.

L'envergure du sujet nous pousse à adopter une attitude humble devant la difficulté de la tâche qui consiste à apprécier la performance d'un système tel le système de santé et de services sociaux du Québec. Cela nous incite aussi à la prudence de manière à ne pas faire de jugements trop hâtifs sur des questions que nous commençons seulement à appréhender. C'est pourquoi, dans certains cas, nous avons réservé notre opinion, faute de preuves. Dans de tels moments, nous avons plutôt exposé la problématique et convié l'ensemble de nos concitoyens à l'examiner. Dans plusieurs domaines, cependant, nous disposons d'une information suffisante pour formuler des recommandations.

Notre appréciation ne consiste pas en une réponse toute faite, ni en un palmarès, mais bien en une invitation à prendre en main, collectivement, l'amélioration continue de notre système de santé et de services sociaux. Notre objectif n'était pas de chercher des responsables aux problèmes constatés, ni de pointer quiconque du doigt, mais plutôt de mettre en évidence les problèmes systémiques en cause et les façons prometteuses d'organiser les services. Chacun à notre façon, nous sommes responsables de la performance de notre système : il nous appartient donc à tous de contribuer à son appréciation et à son amélioration.

L'ampleur de la collaboration dont j'ai été témoin à chacune des étapes de consultation et lors de la collecte de données quantitatives, de même que la richesse de ces sources d'information, m'inspire confiance. Le désir et la volonté, qui existent dans notre réseau, de travailler en synergie pour maintenir et améliorer la performance de celui-ci sont bien vivants. Ce contexte me semble donc propice au renouveau. Donnons-nous alors les moyens de relever les défis qui se présentent et faisons nôtre ce projet d'amélioration continue.

Le commissaire à la santé et au bien-être,

Robert Salois

# > AVANT-PROPOS

LA MISSION DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONSISTE À APPORTER UN ÉCLAIRAGE PERTINENT AU DÉBAT PUBLIC ET À LA PRISE DE DÉCISION GOUVERNEMENTALE DANS LE BUT DE CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS. CHAQUE ANNÉE, LE COMMISSAIRE PUBLIE UN RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. POUR CE FAIRE, IL A ADOPTÉ UN CADRE D'APPRÉCIATION GLOBALE ET INTÉGRÉE ET IL A ÉTABLI DES PROCESSUS CONSULTATIFS ET DÉLIBÉRATIFS POUR SOUTENIR SES TRAVAUX. LA DÉMARCHE REPOSE SUR DIVERSES SOURCES D'INFORMATION, D'ORDRE SCIENTIFIQUE, ORGANISATIONNEL ET DÉMOCRATIQUE, COMME L'INDIQUE LE DOCUMENT D'ORIENTATION DU COMMISSAIRE (CSBE, 2008).

L'exercice d'appréciation réalisé cette année par le Commissaire vise à brosser un portrait de la performance du système de santé et de services sociaux, en particulier celle de la première ligne de soins. Pour bâtir son opinion, le Commissaire a bénéficié d'un ensemble imposant de données, notamment des indicateurs de monitorage, d'enquêtes, de constats issus de recherches scientifiques récentes, d'observations et de points de vue résultant de la consultation de cliniciens, d'experts, de décideurs et de gestionnaires, ainsi que de délibérations du Forum de consultation du Commissaire, composé de citoyens dont certains possèdent une expertise particulière au domaine de la santé et du bien-être.

Notre examen fait l'objet de quatre volumes, en écho aux quatre fonctions dont est investi le Commissaire à la santé et au bien-être, c'est-à-dire apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois; consulter les citoyens, les experts et les acteurs du système; informer des résultats le ministre, l'Assemblée nationale et les citoyens; et, enfin, faire des recommandations et discuter des enjeux et des implications qui en découlent.

Le premier volume, l'objet du présent document, intitulé *État de situation sur le système de santé et de services sociaux et sur sa première ligne de soins*, dresse un portrait sommaire de notre système, mais, surtout, de la première ligne de soins. Une description des lacunes observées ainsi que des transformations en cours y figure aussi.

Le deuxième volume, intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance: analyse des indicateurs de monitorage*, présente une analyse des indicateurs de performance de l'ensemble du système, ainsi que d'indicateurs relatifs à la première ligne de soins, à l'échelle du Québec et de ses régions. Les constats dressés nous mènent à proposer des pistes de réflexion sur lesquelles nous convions les acteurs du système de santé et de services sociaux à se pencher.

Les constats et observations tirés de la consultation font l'objet du troisième volume, intitulé *Rapport de la démarche de consultation portant sur la première ligne de soins*. Ce document présente les résultats de la consultation à l'égard des éléments caractérisant une première ligne de soins performante, les actions démontrées efficaces pour en améliorer la performance ainsi que leur faisabilité. De plus, nous détaillons certaines conditions liées à leur implantation, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec certaines propositions.

À la lumière des analyses de la performance et des consultations, le quatrième volume, intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée: recommandations, enjeux et implications*, fait office de conclusion de l'exercice d'appréciation de la performance. Les recommandations du Commissaire, qui découlent de sa démarche d'appréciation, y sont exposées. Enfin, on y trouve une analyse de certaines implications de ces recommandations qu'il y a tout lieu de considérer comme étant attendues.

# INTRODUCTION

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE D'UN SYSTÈME COMPLEXE ET DYNAMIQUE, TEL QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS, NÉCESSITE UN VASTE ENSEMBLE DE RENSEIGNEMENTS ANALYSÉS DE FAÇON SYSTÉMATIQUE. CETTE ANALYSE REQUIERT DE L'INFORMATION DE NATURE QUANTITATIVE AUTANT QUE DE NATURE QUALITATIVE ET ELLE DOIT DÉBUTER PAR UNE BONNE COMPRÉHENSION DU SYSTÈME À L'ÉTUDE. POUR BIEN COMPRENDRE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET MIEUX SAISIR LES ENJEUX ORGANISATIONNELS QUI Y SONT LIÉS, IL FAUT, AU DÉPART, EN COMPRENDRE SA STRUCTURATION ET SON ORGANISATION. LE PRÉSENT DOCUMENT S'ADRESSE À TOUTE PERSONNE QUI DÉSIRE MIEUX COMPRENDRE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

# INTRODUCTION

Dans cette optique, l'objet du présent document est de brosser sommairement un tableau du système de santé et de services sociaux ainsi que de sa première ligne de soins en vue d'en dégager les grandes composantes et de rendre publics un ensemble de renseignements utiles à sa compréhension. Nous mettrons aussi en évidence les constatations faites au cours des dernières années, de même que les pistes d'action qu'ont suggérées divers comités d'étude et groupes de travail.

L'OBJET DU PRÉSENT DOCUMENT EST DE BROSSER SOMMAIREMENT UN TABLEAU DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AINSI QUE DE SA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS.

Nous allons donc centrer ici notre analyse sur certains aspects utiles à l'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux ainsi que de sa première ligne de soins. Nous traiterons, tout d'abord, du système lui-même, c'est-à-dire de son infrastructure, de ses ressources et des services qui y sont rendus. Ensuite, nous examinerons les grands aspects de la première ligne de soins, eu égard à son organisation et aux principaux problèmes soulevés au cours des dernières années. Enfin, nous nous attarderons particulièrement à quelques indicateurs provenant de l'enquête sur les politiques internationales de santé du Commonwealth Fund de 2007 qui nous ont permis de calculer des données inédites pour le Québec.

# LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC EST COMPLEXE, TANT PAR LA DIVERSITÉ DES PROFESSIONNELS QUI Y EXERCENT LEURS ACTIVITÉS ET DES ÉTABLISSEMENTS DONT LA RESPONSABILITÉ EST DE DONNER DES SERVICES, QUE PAR LA GAMME DE PROBLÈMES SOCIAUX ET DE SANTÉ AUXQUELS IL DOIT RÉPONDRE. RAPPELONS QUE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) A POUR MISSION DE MAINTENIR, D'AMÉLIORER ET DE RESTAURER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES CITOYENS QUÉBÉCOIS AU MOYEN DE LA PRESTATION D'UN ENSEMBLE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.

# LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

La présente section dresse le tableau de l'infrastructure du système de santé et de services sociaux du Québec en présentant les institutions qui le composent, les ressources humaines et financières dont il dispose, des données sur la fréquentation des services et la couverture de services qu'il assure. Nous présentons également les observations de récentes études portant sur la performance des systèmes de santé.

## > L'INFRASTRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

### Les institutions qui composent le système

Un des principaux acteurs du système est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce dernier compte présentement sept directions générales, à savoir la santé publique; les services sociaux; les services de santé et la médecine universitaire; la planification stratégique, l'évaluation et la qualité; le personnel réseau et ministériel; les technologies de l'information ainsi que la coordination, le financement, l'équipement et les ressources informationnelles. Par ailleurs, 15 organismes relèvent du ministre de la Santé et des Services sociaux, parmi lesquels l'Institut national de santé publique du Québec, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le Commissaire à la santé et au bien-être. Le Ministère partage ses responsabilités à l'égard de la prestation de services avec 18 autorités régionales — 15 agences de la santé et des services sociaux et 3 autorités régionales pour le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Par ailleurs, le Québec compte 294 établissements institutionnels, dont 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 28 centres hospitaliers, dont 5 ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU), 16 centres jeunesse et 41 centres de réadaptation. Ces établissements gèrent 1 754 installations ou lieux physiques où sont offerts des services. En outre, le réseau comprend plus de 2 000 cliniques médicales de médecine de famille et cliniques spécialisées, 1 660 pharmacies communautaires et plus de 3 000 organismes communautaires (MSSS, 2008).

LE RÉSEAU COMPREND PLUS DE 2 000 CLINIQUES MÉDICALES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET CLINIQUES SPÉCIALISÉES, 1 660 PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ET PLUS DE 3 000 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.

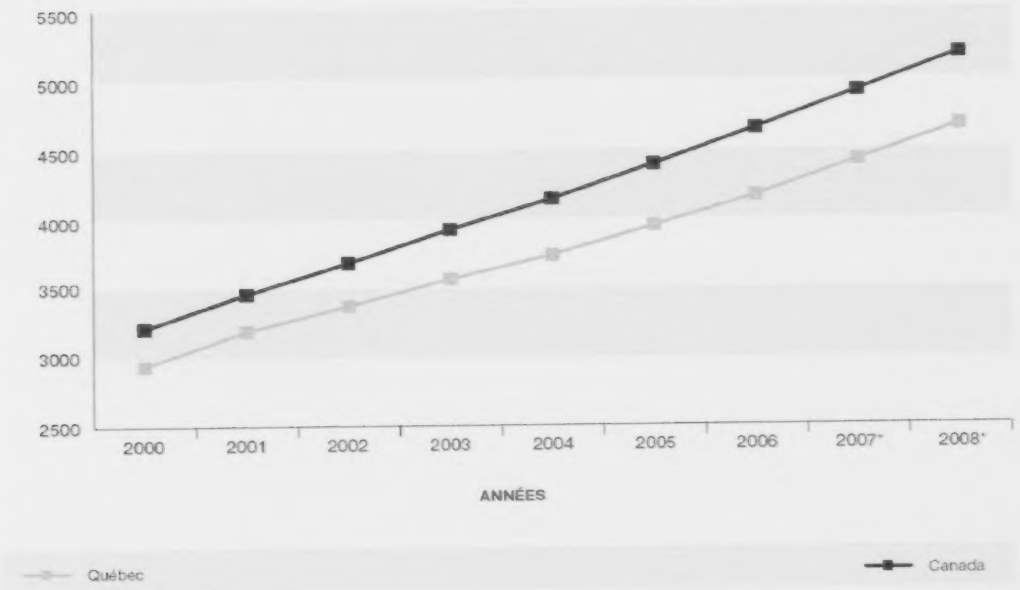
### Les ressources financières et humaines

Le système de santé et de services sociaux représente le plus important poste budgétaire du gouvernement québécois. Pour l'année 2007-2008, le budget de dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux atteignait un peu plus de 24 milliards de dollars (MSSS, 2008). Ce budget représentait plus de 44 % des dépenses de programme du gouvernement du Québec. En proportion des dépenses totales de santé du Québec, ces dépenses publiques représentent environ 72 %, alors que 28 % des dépenses de santé sont prodiguées par le secteur privé.

## L'accroissement des dépenses de santé

On reconnaît généralement que le niveau des dépenses de santé par habitant est un indicateur de l'intensité des ressources consacrées à la santé. Cet indicateur est grandement influencé par le produit intérieur brut (PIB) par habitant, indicateur de la richesse collective. Plusieurs études internationales illustrent que les dépenses de santé par habitant des pays de l'OCDE croissent en fonction de leur niveau respectif de richesse collective. L'analyse de la situation québécoise par rapport à l'ensemble canadien indique, d'une part, que nous dépensons moins, en dollars par habitant, que toutes les autres provinces canadiennes (dixième rang sur dix provinces) et que cet écart tend à s'accentuer avec le temps (Figure 1).

Figure 1
Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, 2000 à 2008

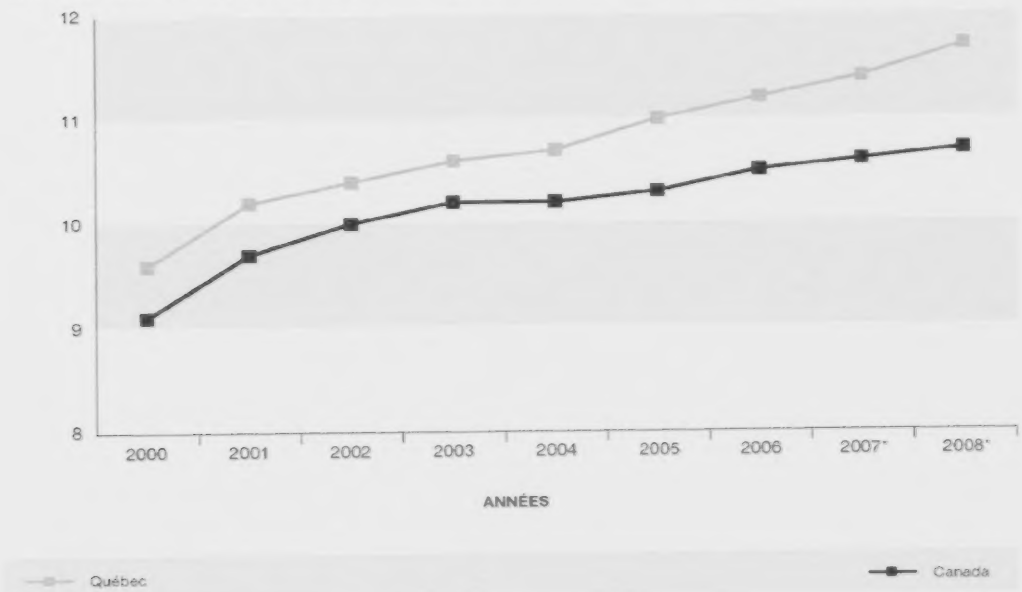



* prévision

**Source :** Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2007*

D'autre part, le Québec consacre une part plus importante de sa richesse collective à financer son système de santé que la moyenne des autres provinces canadiennes, ce qui s'exprime par le total des dépenses de santé par habitant en pourcentage du PIB (Figure 2). Cet écart tend également à s'accroître avec le temps. À la lumière de ces constats qui peuvent sembler opposés, on observe donc que le Québec finance moins, en valeur absolue, son système de santé tout en y consacrant une plus grande part de sa richesse comparativement à l'ensemble du Canada.

Figure 2
Total des dépenses de santé, en pourcentage du produit intérieur brut, 2000 à 2008




* prévision

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2007*

Les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux augmentent continuellement. Depuis les cinq dernières années, ces dépenses destinées à la santé s'accroissent en moyenne de 6,1 %, soit à un rythme plus rapide que la croissance annuelle moyenne du PIB québécois, qui se situe à 4,7 % pour la même période (MSSS, 2008a). Les facteurs en cause pour expliquer cet accroissement important sont, principalement, de quatre ordres : les médicaments, les services médicaux, les ressources humaines et les prestations du secteur hospitalier. En effet, depuis 2002, les dépenses en médicaments se sont accrues de 44 % et celles des services médicaux, de 29 % (*Idem*). De plus, les ressources humaines, un poste budgétaire imposant, représentent près des deux tiers de la hausse totale — nous pensons ici à la rémunération des médecins, des professionnels, des gestionnaires et du personnel. À lui seul, le secteur hospitalier génère 60 % de l'augmentation des dépenses relatives à la santé.

En ce qui concerne la main-d'œuvre du réseau de la santé, 6,5 % de la population active du Québec en fait partie. Cette main-d'œuvre comprend 7 790 omnipraticiens, 8 300 médecins spécialistes, 2 500 médecins résidents, 1 785 pharmaciens propriétaires, 3 525 dentistes et 1 245 optométristes. S'y ajoutent un personnel de 242 500 employés, dont 102 020 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés ainsi que 825 cadres, professionnels et fonctionnaires travaillant au Ministère, et près de 1 560 fonctionnaires de la Régie de l'assurance maladie du Québec (MSSS, 2008).

### Les ressources du réseau de la santé et des services sociaux

En 2007, on dénombrait environ 55 000 infirmières et infirmiers dans le réseau d'établissements de santé, soit 43 700 infirmières et infirmiers en termes d'équivalent à temps complet (ETC), ce qui correspond à 1 infirmière pour 180 personnes. Par ailleurs, en 2007, le réseau public comptait 1 700 physiothérapeutes (1 pour 4 600 personnes), 2 300 ergothérapeutes (1 pour 3 400), 1 000 diététistes et nutritionnistes (1 pour 7 700), et 3 400 travailleurs sociaux (1 pour 2 200), toujours en termes d'ETC (données factuelles du MSSS). De plus, on estime que 45 % des travailleurs sociaux travaillaient surtout en CLSC (1 pour 6 100 personnes) ainsi que 10 % des physiothérapeutes (1 pour 48 400), 19 % des ergothérapeutes (1 pour 19 400), 22 % des diététistes et nutritionnistes (1 pour 39 400), ici aussi en termes d'ETC (données factuelles du MSSS).

L'effectif des infirmières et des autres professionnels de la santé s'est accru de façon marquée ces dernières années. De 2001 à 2007, les infirmières sont passées d'un peu plus de 39 000 à près de 44 000, soit une hausse relative de 11 % (en termes d'ETC) (MSSS, 2008b). De façon encore plus prononcée, la hausse est de 74 % chez les travailleurs sociaux, de 40 % chez les nutritionnistes, de 30 % chez les ergothérapeutes et de 25 % chez les physiothérapeutes (données factuelles du MSSS). Par contre, il faut noter que, avec la hausse des services prodigués par des agences, la proportion des infirmières et infirmiers exerçant dans un établissement du réseau public, de 83 % en 2007, décline depuis le début du millénaire au profit du secteur privé (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2007).

## La fréquentation des services de santé et des services sociaux

L'importante quantité de ressources humaines et financières consacrées au système de santé et de services sociaux s'accompagne d'un nombre important de services rendus à la population québécoise. Chaque année, on dénombre près de six millions de personnes qui reçoivent des services médicaux (RAMQ, système ORIS, tableau SM.31), plus de 600 000 hospitalisations de courte durée, environ 450 000 chirurgies (Med-Écho, MSSS) et plus de 300 000 personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile (données extraites du système Intégration-CLSC, MSSS et RAMQ, 2006-2007). Selon l'enquête sur l'accès aux services de santé de 2003, 78 % des Québécoises et Québécois de 15 ans ou plus déclarent avoir eu recours à des services de premier contact, soit pour obtenir des renseignements ou des conseils (41 % des personnes), des soins de routine (63 %) ou des soins immédiats pour un problème mineur (34 %) (Kapetanakis et *al.*, 2008).

CHAQUE ANNÉE, ON DÉNOMBRE PRÈS DE SIX MILLIONS DE PERSONNES QUI REÇOIVENT DES SERVICES MÉDICAUX, PLUS DE 600 000 HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE, ENVIRON 450 000 CHIRURGIES ET PLUS DE 300 000 PERSONNES QUI REÇOIVENT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.

Une autre étude corrobore ces chiffres, à savoir que 87 % des adultes ont utilisé des services de santé au cours des 2 dernières années, que 31 % ont eu recours à l'urgence et que 15 % ont été hospitalisés (Levesque, Pineault et *al.*, 2007). Dans la même période, si nous examinons les services de première ligne, nous observons que 80 % de la population a consulté un médecin dans un bureau ou un cabinet, par rapport à 22 % dans un CLSC (*Idem*). En outre, cette même étude révèle que 71 % des adultes qui ont utilisé des services de santé ont reçu une ordonnance pour des tests de laboratoire ou de radiologie et 47 % ont été dirigés vers une spécialité. Force est de constater que notre système de santé et de services sociaux offre un imposant volume de soins, surtout en première ligne.

Pour ce qui est des services sociaux rendus à la population — définis comme l'ensemble des pratiques psychosociales, psychothérapeutiques et psycho-éducatives destinées à améliorer le fonctionnement social et à soutenir le développement psychosocial des personnes —, il est moins aisé de les quantifier. De fait, ils sont intégrés dans l'ensemble des programmes-services et nous ne disposons d'aucune vue d'ensemble décrivant le volume des services, la population couverte ou l'utilisation de ces services. Complémentaires des services de santé et interdépendants avec ceux-ci, les services sociaux sont souvent dispensés par des équipes multidisciplinaires : ils se rencontrent surtout dans les programmes Jeunes en difficulté, Déficience intellectuelle et Dépendance, Déficience physique, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale et Santé publique. Toutefois, les programmes relatifs aux Services généraux et à la Santé physique en dispensent eux aussi, en complément de certains services. Enfin, ils figurent en bonne position parmi les services dispensés par les organismes communautaires, même si les secteurs, public comme privé, en offrent eux aussi (Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 2006).

### Les soins et services couverts par l'État

En accord avec les lois sur l'assurance maladie et sur l'assurance hospitalisation, le Québec offre une gamme, la plus complète possible, de services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires. En ce sens, il respecte le principe d'intégralité dicté par la Loi canadienne sur la santé de 1984. Un résident du Québec hospitalisé au Québec peut donc s'attendre à recevoir, lorsqu'il en a besoin et sans rien débourser, divers services liés à son hébergement, à la prestation de services infirmiers, médicaux et chirurgicaux, aux services diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, ainsi qu'aux services des professionnels de la santé, comme des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, durant son hospitalisation. De même, un résident du Québec pourra s'attendre à obtenir certains services ambulatoires dispensés dans un centre hospitalier, sans toutefois y être hébergé : services cliniques de soins psychiatriques, soins médicaux d'urgence, chirurgies d'un jour, services de radiothérapie et divers services prodigués en clinique externe par des professionnels de la santé.

Les services d'un médecin généraliste ou spécialiste offerts et couverts par l'assurance maladie vont de l'examen, qui permet au médecin d'évaluer l'état de santé d'une personne, aux actes thérapeutiques, chirurgicaux, radiologiques, anesthésiques ou psychiatriques, en passant par la consultation et les services diagnostiques. Ces services sont couverts sans égard au lieu où ils sont dispensés (par exemple, centre hospitalier, cabinet du médecin ou domicile du patient). Par contre, les services de laboratoire et certains examens très spécialisés (par exemple, échographie, tomographie) ne sont couverts que s'ils ont lieu dans un centre hospitalier. D'autres types de services sont, eux aussi, dispensés à certaines conditions, comme les services dentaires — pour tous en cas de chirurgie buccale pour traumatisme et pour les enfants de moins de 10 ans en cas de maladie —, les services des optométristes — offerts aux personnes de moins de 18 ans et à celles de 65 ans ou plus —, ou encore l'achat, l'ajustement et le remplacement d'appareils suppléant à une déficience physique, auditive ou visuelle.

Cette couverture publique varie peu d'une province à l'autre au Canada, bien que certains régimes offrent davantage de services, des services dentaires par exemple. Tout comme le Québec, la majorité des provinces ne rembourse pas, à quelques exceptions près, les honoraires de professionnels tels que psychologues, physiothérapeutes, chiropraticiens, massothérapeutes, naturopathes, ostéopathes, acupuncteurs et autres professionnels exerçant leurs activités à l'extérieur du milieu hospitalier.

Le Québec est la seule province à disposer d'un Régime général d'assurance médicaments, qui comprend deux grands volets : les Québécoises et Québécois couverts par des régimes privés collectifs offerts à l'intérieur de l'emploi ou de la profession et les Québécoises et Québécois qui ne sont pas couverts par un des régimes privés et qui sont assurés par le régime public, soit les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires de l'assistance-emploi ainsi que les adhérents (des travailleurs de petites entreprises, des travailleurs autonomes et des préretraités).

La plupart des provinces offrent des soins à domicile, parfois avec une contribution du patient, selon leur capacité financière, mais, en général, la disponibilité de ce type de services est limitée. Au Québec, comme ailleurs au Canada, un faible pourcentage des dépenses totales en santé sont des dépenses publiques consacrées aux soins de première ligne fournis par les professionnels de la santé autres que les médecins, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et les travailleurs sociaux (ICIS, 2007). De plus, certains professionnels de la santé qui fournissent des soins de première ligne, autres que les médecins, exercent en CLSC.

Quant aux services sociaux de première ligne, ils ne sont pas assurés par le régime d'assurance maladie. Les seuls secteurs où la loi astreint à en offrir sont les services publics de la protection de la jeunesse et le système de justice pénale pour adolescents. La Loi sur les services de santé et les services sociaux garantit, cependant, l'accès à des services psychosociaux. Dispensés dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et mis en œuvre en milieu scolaire, ils s'adressent à toute la population — enfants, jeunes, parents, couples et familles, adultes avec une autonomie diminuée ou un handicap et vivant à domicile ou en milieu protégé. Ces services sont destinés, en priorité, aux populations considérées comme « vulnérables » : il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de suivi ainsi que de recommandation vers des services spécialisés. Enfin, dans chacune des régions du Québec, les CLSC offrent à la population des services et des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies : ils s'adressent à diverses problématiques, à savoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale et la santé en milieu de travail.

### Le contexte légal encadrant le système de santé et de services sociaux

Comme tout système de santé financé par l'État, plusieurs lois encadrent le système de santé et de services sociaux du Québec ; celles-ci ont un impact majeur sur la façon dont le système est structuré et sur les services offerts. À l'échelle canadienne, le fondement même du régime public universel découle de l'adoption de la Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques de 1957, qui a balisé la couverture par l'État des services hospitaliers et, ensuite, du Régime d'assistance publique du Canada, créé en 1966 afin d'assurer des services qui, jusqu'alors, n'étaient pas couverts. Enfin, en 1968, la Loi sur les soins médicaux est venue encadrer l'offre des régimes d'assurance maladie de base. Au Québec, le système de santé et de services sociaux public a pris naissance avec la Loi sur l'assurance hospitalisation, couvrant d'abord les soins hospitaliers et, par la suite, avec la Loi sur l'assurance maladie, assurant la couverture des soins médicaux. Ces deux lois visaient à garantir, à toutes les Québécoises et à tous les Québécois, des soins de santé de la meilleure qualité possible, sans égard à leur capacité de payer. Pour encadrer ce régime, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, adoptée en 1972, a mené à la création des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres de services sociaux (CSS) et des départements de santé communautaire (DSC).

Suivant cette consolidation des régimes publics, au Québec et ailleurs au Canada, le gouvernement fédéral participe au financement des services de santé au moyen de la Loi canadienne sur la santé (LCS) instaurée en 1984. Cette loi fixe cinq conditions que doivent respecter les régimes des provinces, soit garantir une gestion publique des systèmes de santé, l'intégralité de l'offre des services médicalement requis, l'universalité de la couverture dans la population, la transférabilité[1] entre les provinces et l'accessibilité des services. La condition d'intégralité suppose que le régime provincial ou territorial couvre tous les services de santé médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires — les régimes provinciaux et territoriaux étant seuls responsables d'établir la nature de ces services (Loi canadienne sur la santé, *Rapport annuel de gestion 2006-2007* du MSSS).

1. La transférabilité se définit comme la possibilité d'obtenir des soins de santé remboursés par les systèmes publics dans une autre province que celle de résidence de la personne.

## > LES RÉCENTES CONSTATATIONS RELATIVES À LA PERFORMANCE

Généralement, les systèmes de santé des pays industrialisés ont fait l'objet de plusieurs études qui en comparent la performance dans divers pays à l'aide d'indicateurs et de tableaux de bord. Par contre, peu d'études se sont penchées spécifiquement sur la performance du système québécois. Si les rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) examinent les multiples indicateurs ayant trait au système de santé et de services sociaux, les comparaisons demeurent difficiles, étant donné le manque de données disponibles ou comparables (particulièrement dans le cas du Québec) et le fait que ces analyses sont, principalement, descriptives.

Néanmoins, les constatations à tirer des comparaisons entre les différents systèmes de santé provinciaux se révèlent pertinentes. Diverses études ont mis en relief les problèmes de productivité qui se traduisent par des difficultés d'accès à divers niveaux, en particulier en ce qui concerne la première ligne et les soins chirurgicaux et diagnostiques. Cette observation particulière est apparente malgré des investissements substantiels sur les plans financier et humain, mais faibles sur le plan des ressources technologiques soutenant les soins et la pratique clinique. Au Canada, ces problèmes de performance sont particulièrement aigus du côté des soins pour les malades chroniques et les personnes en perte d'autonomie, les systèmes de santé étant plutôt axés sur les soins de premier contact et les besoins ponctuels en services médicaux (voir les encadrés des pages 24 et 25).

LE QUÉBEC SE SITUE DANS LA MOYENNE DES PROVINCES, DANS UN PAYS OÙ DES PROBLÈMES DE PERFORMANCE ONT PAR AILLEURS ÉTÉ SOULEVÉS.

À l'aide de deux études récentes menées à l'échelle des dix provinces du Canada, nous pouvons toutefois faire certaines constatations initiales quant à la performance du système de santé et de services sociaux québécois. En 2006, le Conference Board of Canada a publié une comparaison de divers indicateurs (voir l'encadré de la page 24). Bien que plusieurs indicateurs ne soient pas disponibles pour le Québec, cette étude suggère une performance moyenne, la conclusion principale affirmant que le Québec se situe dans la moyenne des provinces, dans un pays où des problèmes de performance ont par ailleurs été soulevés. En 2008, le Canada Health Consumer Index (voir l'encadré de la page 24) suggère des problèmes de performance au Québec, du côté des soins de première ligne et de leurs effets, et il range globalement la province en queue de peloton. Néanmoins, vu son taux nettement inférieur de ressources, les rapports de résultats en fonction des coûts placent le Québec au deuxième rang.

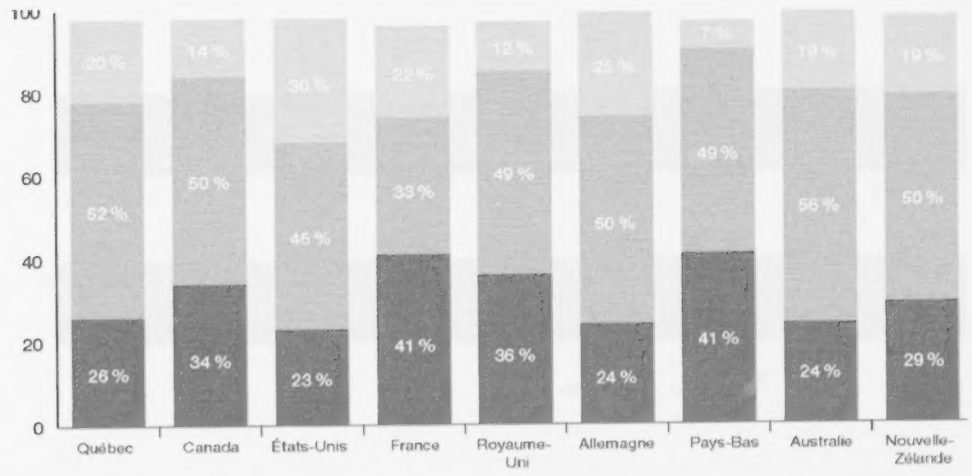
Finalement, pour le Québec, les données que nous avons tirées du Sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008[2] suggèrent que près d'une personne présentant des problèmes de santé sur cinq estime que le système est entièrement à rebâtir (Figure 3) et environ une personne sur quatre croit que le système fonctionne bien et que seuls des changements mineurs sont nécessaires. Force est de constater que les attentes à l'égard du système et des améliorations à y apporter sont grandes, à l'instar des autres pays comparés. Ces attentes élevées reflètent les problèmes de performance mis en relief par les appréciations de la performance du système de santé canadien. Selon ces données, les répondants québécois perçoivent de plus grands défis pour le système de santé que ne le font les répondants de plusieurs des pays comparés.

PRÈS D'UNE PERSONNE PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ SUR CINQ ESTIME QUE LE SYSTÈME EST ENTIÈREMENT À REBÂTIR ET ENVIRON UNE PERSONNE SUR QUATRE CROIT QUE LE SYSTÈME FONCTIONNE BIEN ET QUE SEULS DES CHANGEMENTS MINEURS SONT NÉCESSAIRES.

Figure 3

Perception par rapport au système de santé, population présentant des problèmes de santé, Québec, Canada et autres pays, 2008

Lequel des énoncés suivants se rapproche le plus de votre vision globale du système de santé ?




**Note :** Les données sont standardisées pour refléter la structure d'âge et de sexe des personnes hospitalisées ou ayant subi une intervention chirurgicale ambulatoire au Québec. Ainsi, les valeurs présentées en ce qui concerne le Canada et les autres pays ne reflètent pas leur situation réelle, mais plutôt le score qu'ils auraient obtenu s'ils avaient connu la structure d'âge et de sexe des personnes hospitalisées ou ayant subi une intervention chirurgicale ambulatoire au Québec.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2008 International Health Policy Survey of Sicker Adults in Eight Countries » ; Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé, Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et Ontario Health Quality Council.

2. Ces données ont été calculées par le Conseil canadien de la santé à la demande du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Parmi les 3 003 Canadiens qui ont répondu à cette enquête, 734 venaient du Québec. Les données présentées ne sont pas pondérées.

### Le *Panorama de la santé* de l'OCDE

En 2007, l'Organisation de coopération et de développement économiques a publié la quatrième édition du *Panorama de la santé* (OCDE, 2007). Ce rapport présente des données sur différents aspects de la performance des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Les indicateurs choisis portent sur l'état de santé de la population et les risques sanitaires, les coûts, l'affectation des ressources et divers indicateurs d'activités des systèmes de santé. Cette publication s'appuie principalement sur la base de données Éco-Santé (OCDE, 2007). Selon cette analyse, le Canada se classe favorablement, à plusieurs égards, par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE : l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires, par cancer et par accidents non intentionnels et intentionnels, ainsi que pour la mortalité prématurée. Néanmoins, globalement, le Canada, malgré son taux élevé de dépenses, ne figure pas parmi les pays qui présentent les meilleurs états de santé et son rang serait moins favorable à l'égard de plusieurs indicateurs.

### Le Sondage international sur les politiques de santé du Commonwealth Fund

Le Commonwealth Fund — une fondation américaine vouée à la promotion d'un système de soins de santé performant — a mené diverses enquêtes sur la satisfaction à l'égard de multiples aspects des soins de santé et de l'organisation des services médicaux au cours des dernières années. Le Sondage international sur les politiques de santé est fait chaque année en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne, en France, aux États-Unis et au Canada. Les enquêtes du Commonwealth Fund classent défavorablement le Canada (The Commonwealth Fund, 2006). En effet, dans cette analyse portant sur un ensemble d'indicateurs — qualité des soins, accès aux soins, efficience, équité et état de santé —, le Canada se classe au cinquième et au sixième rang dans neuf des dix catégories d'indicateurs. Ce n'est que pour l'état de santé que le Canada se classe mieux, soit au troisième rang. Autre point positif, le Canada se classe bien à l'égard des barrières économiques à l'accès aux soins, suivant de près l'Angleterre, qui compte les plus faibles proportions de répondants déclarant des besoins en matière de soins qui ne sont pas comblés ou des problèmes d'observance du traitement pour raison économique. Par contre, les indicateurs sont moins favorables à l'égard de la prise en charge des maladies chroniques et de l'accès aux soins en temps opportun, de même que du côté de l'organisation des soins de première ligne (Schoen et *al.*, 2006). En 2007, l'enquête a été menée auprès de la population générale en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne, aux États-Unis et au Canada. Grâce à une collaboration entre le Commissaire, le Commonwealth Fund et le Conseil canadien de la santé, cette enquête a permis de calculer des indicateurs spécifiques du Québec que nous rendons publics dans le présent document.

### Healthy Provinces, Healthy Canadians: A Provincial Benchmarking Report

Le Conference Board of Canada, une organisation à but non lucratif, a récemment publié un rapport comparant les provinces selon plus de 70 indicateurs relatifs à l'état de santé, aux résultats des soins ainsi qu'à l'utilisation et à la performance des soins (The Conference Board of Canada, 2006). Pour le Québec, ces observations révèlent des indicateurs défavorables à l'égard des taux d'incidence et de mortalité pour certains cancers, la proportion de la population affiliée à un médecin de famille, la proportion de femmes ayant passé un test de dépistage pour le cancer du col de l'utérus et l'attente pour une chirurgie élective. Globalement, le Québec se place au cinquième rang, mais sa position est plus favorable pour l'état de santé (deuxième rang) et l'utilisation des services et la performance (troisième rang) que pour les indicateurs portant sur les résultats de soins (dixième rang). Le rapport fait également ressortir le manque de disponibilité des données à l'égard de plusieurs indicateurs. Si nous examinons certains indicateurs dans plusieurs pays, les constatations suggèrent une performance canadienne peu enviable pour le score global (onzième rang) ainsi qu'à l'égard des états de santé (quatorzième rang) et des résultats des soins (quinzième rang). Si le Canada se range mieux à l'égard de l'espérance de vie, de l'état de santé perçu et de certains indicateurs de mortalité, d'autres indicateurs demeurent préoccupants, comme le taux d'obésité, la mortalité infantile, le cancer du poumon chez la femme, le cancer du sein et le cancer colorectal.

### Le Canada Health Consumer Index 2008

Le Canada Health Consumer Index — préparé par les groupes de réflexion Frontier Centre for Public Policy et Health Consumer Powerhouse (2008) — offre une analyse comparative de la performance de systèmes de santé des provinces canadiennes à l'aide d'indicateurs reflétant la perspective des consommateurs. Cette étude regroupe des indicateurs relatifs aux droits et à l'information des patients, aux soins de première ligne, aux temps d'attente, aux résultats des soins et à l'étendue des services offerts. Pour chaque indicateur, la méthode utilisée consiste à catégoriser les indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, en trois scores. Ceux-ci sont ensuite agrégés pour calculer un index pour chaque dimension, puis un score global pondéré, où les sous-dimensions relatives aux résultats des soins et aux temps d'attente bénéficient d'un poids relatif plus grand. L'analyse à l'échelle des provinces suggère que le Québec se classe au premier rang pour les temps d'attente, mais au dernier pour les soins de première ligne et les résultats des soins. Selon la méthode utilisée, le Québec se situe au huitième rang pour le score global de performance, mais au deuxième rang si nous tenons compte du niveau de dépenses. Cette récente analyse à l'échelle du Canada fait suite à une analyse réalisée à l'échelle internationale par ces mêmes organisations et adoptant une méthode similaire (Health Consumer Powerhouse et Frontier Centre for Public Policy, 2008). Les principales observations révèlent que le Canada connaît de grands défis du côté des temps d'attente, des droits et de l'information des patients, malgré des résultats de soins plus favorables.

# LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

LE CHOIX DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS COMME SUJET DE NOTRE PREMIER RAPPORT D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE S'EST FACILEMENT IMPOSÉ. DE FAIT, BON NOMBRE DE COMMISSIONS D'ENQUÊTE, D'ÉTUDES ET D'EXPÉRIENCES À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE ONT MIS EN ÉVIDENCE SON RÔLE PRIMORDIAL DANS LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ, NOTAMMENT LE TOUT RÉCENT RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE DE L'OMS (2008) INTITULÉ *LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES — MAINTENANT PLUS QUE JAMAIS*.

# LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

En outre, de multiples études ont attiré l'attention sur son importance pour la santé des populations, plusieurs pays voyant même une relation entre la force de la première ligne et de meilleurs résultats du côté de la mortalité prématurée (Starfield, 1998 ; Macinko et *al.*, 2003). Tous ces travaux suggèrent que les systèmes de santé qui ont une première ligne forte atteignent de meilleurs résultats et à moindres coûts. Sur le plan financier, une première ligne bien organisée représente ainsi un investissement qui permet de maximiser l'impact des ressources affectées à la santé (Starfield et *al.*, 2005).

LES SYSTÈMES DE SANTÉ QUI ONT UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE ATTEIGNENT DE MEILLEURS RÉSULTATS ET À MOINDRES COÛTS.

La présente section offre une description de la première ligne de soins au Québec, y compris diverses données spécifiques de celle-ci. Nous y examinons les constatations des commissions et comités récents, diverses études et travaux d'appréciation de la performance pour comparer la première ligne de soins et mieux comprendre ses forces et ses faiblesses. Après avoir défini la première ligne de soins, nous présentons les ressources qui y sont consacrées, puis les problèmes décelés, de même que les réformes en cours. En dernier lieu, nous exposons les observations tirées de notre analyse de l'information et des études existantes.

## > UNE VUE D'ENSEMBLE DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

### Qu'est-ce que la première ligne de soins ?

La notion de première ligne correspond à un premier niveau de services — ou de premier contact — s'adressant aux problèmes de santé courants, desservant un grand nombre de personnes et dispensés directement dans la communauté (Frenk et Gonzalez-Block, 1992 ; OMS, 2000). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce sont des services de premier niveau, d'accès universel, assurés avec la pleine participation de la collectivité et offerts à un coût raisonnable. Étant donné le large éventail de problèmes de santé et les multiples facteurs pouvant amener à recourir à la première ligne, on fait appel à toute une gamme de professionnels pour dispenser ces services, à savoir médecins de famille, infirmières, travailleurs sociaux, optométristes, audiologistes, psychologues, ambulanciers, dentistes, sages-femmes, infirmières praticiennes, etc. (Wilson, Shortt et Dorland, 2004).

LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE REPRÉSENTENT LE PRINCIPAL POINT DE CONTACT DE LA POPULATION AVEC LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

Dans le contexte québécois, les services de première ligne représentent le principal point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Tout un continuum de services y sont établis, allant de la promotion de la santé, à la prévention des maladies et des blessures, ainsi qu'aux services diagnostiques, curatifs, de réadaptation et de soutien, de même qu'aux services palliatifs (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Il s'agit, en fait, des services médicaux et sociaux généraux qui doivent être offerts dans tous les territoires locaux. Les services de première ligne permettent ainsi de répondre à la majorité des besoins de soins courants d'une communauté.

Il en découle que la première ligne réfère à l'existence d'autres lignes de services et qu'elle s'inscrit dans une hiérarchie où les personnes sont guidées d'une ligne à l'autre selon l'évolution d'un problème de santé ou le degré de spécialité ou d'intensité de services requis (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). C'est pourquoi on accorde souvent à la première ligne la fonction de porte d'entrée du système de santé et de services sociaux, de même que les fonctions de liaison et de coordination avec les autres composantes du système. Dans plusieurs cas, ces services constituent également un filtre d'accès aux services plus spécialisés.

DANS LE CONTEXTE DE NOS TRAVAUX, NOUS N'AVONS CONSIDÉRÉ COMME FAISANT PARTIE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE QUE LES SERVICES DE PREMIER CONTACT PRODIGUÉS PAR DES OMNIPRATICIENS OU DES MÉDECINS DE FAMILLE.

Parmi le vaste ensemble des services de santé et de services sociaux, les services de première ligne comprennent, notamment, les soins de premier contact, c'est-à-dire les services médicaux de dépistage, de consultation psychologique, de diagnostic et de traitement. La première ligne de soins s'adresse aux problèmes courants qui peuvent être réglés par une infrastructure diagnostique et thérapeutique de base. En quasi-totalité, ces services sont dispensés par des omnipraticiens qui travaillent en cabinet, dans les équipes médicales des CLSC ou dans les unités d'urgence des hôpitaux. À plusieurs égard, nous pouvons également intégrer certaines spécialités dans le champ de la première ligne de soins, lesquelles spécialités sont, elles aussi, orientées vers les soins de premier contact, dans la mesure où la clientèle peut y recourir de son propre chef pour obtenir un premier avis sur son état (par exemple, les pédiatres, les obstétriciens pour les suivis de grossesse et les dermatologues pour le diagnostic et le suivi de problèmes cutanés courants). Dans le contexte de nos travaux, nous n'avons considéré comme faisant partie des soins de première ligne que les services de premier contact prodigués par des omnipraticiens ou des médecins de famille.

## Quelques aspects du développement de la première ligne de soins

L'organisation des services de première ligne a reçu une attention particulière au Québec relativement tôt par rapport aux autres provinces canadiennes (Bégin et *al.*, 1999). Dès les années 1970, la Commission Castonguay-Nepveu (1967-1972) proposait de créer des centres locaux de santé (CLS) comme base d'un système intégré de services de santé (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). Puis, en 1972, la Loi sur la santé et les services sociaux est venue élargir les responsabilités données au Centre local de services communautaires (CLSC), en y intégrant le volet social et en lui conférant une grande autonomie et une certaine indépendance.

Toutefois, cette conception d'une première ligne basée dans la communauté ne s'est que partiellement réalisée. Devant la forte opposition des médecins envers cette réforme et le salariat qu'elle entraînait, un réseau de cliniques privées s'est mis en place. Ces deux réseaux ont évolué parallèlement et ont abouti à l'ouverture de 147 CLSC et de plus de 800 cliniques privées, où les services médicaux sont financés par les fonds publics. Aujourd'hui, la pratique en cabinet (seul ou en groupe) demeure le modèle dominant, au Québec comme dans l'ensemble du Canada, pour la prestation de services médicaux de première ligne (Levesque et Bergeron, 2003; Hutchison, Abelson et Lavis, 2001).

En 1988, la Commission Rochon — suivie de plusieurs études allant dans le même sens — a mis l'accent sur le virage ambulatoire et l'intégration des services pour régler certains problèmes touchant le réseau hospitalier, mais n'a porté que peu d'attention aux lacunes de la première ligne (Bergeron, 1990). C'est toutefois dans le sillage de la réforme Rochon qu'ont été créés les départements régionaux de médecine générale (DRMG), qui ont pour mission l'organisation régionale de la première ligne de soins.

## Les départements régionaux de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) est l'instance qui regroupe tous les omnipraticiens d'une région sociosanitaire. Conformément à l'article 417.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le DRMG a la responsabilité, par son comité de direction et sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux, de recommander le plan régional des effectifs médicaux relatifs aux omnipraticiens ainsi que la liste des activités médicales particulières (AMP). Il lui revient aussi de définir le plan régional d'organisation des services médicaux généraux, d'en assurer la mise en place ainsi que de définir et de proposer un réseau d'accès à ces soins (réseau de garde intégrée, garde en disponibilité pour les centres d'hébergement, programme de soins à domicile, etc.) et de faire des recommandations sur la nature de ces services. Enfin, le DRMG évalue l'atteinte des objectifs relativement à ces missions et se prononce sur toute question que lui confie l'Agence.

EN AOÛT 2008, 169 GMF ÉTAIENT DÉNOMBRÉS AU QUÉBEC ET 19 % DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE (PRÈS DE 1,5 MILLION DE PERSONNES) Y ÉTAIT INSCRITE

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, appelée la commission Clair, concluait déjà que la pérennité et la revitalisation du système de santé et de services sociaux passaient par la réorganisation de la première ligne. Elle réitérait, elle aussi, que les CLSC devaient être le pivot de la première ligne. Cette réorganisation s'appuyait, en premier lieu, sur la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF), qui adoptent l'inscription comme base de recrutement de la clientèle. En outre, les GMF, de par les ententes constituantes qu'ils établissent avec les centre locaux de services communautaires (CLSC) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS), deviennent un moyen de resserrer les liens entre les cliniques privées et le réseau public de soins (Levesque, Roberge et Pineault, 2007). En août 2008, 169 GMF étaient dénombrés au Québec et 19 % de la population québécoise (près de 1,5 million de personnes) y était inscrite (données factuelles du MSSS, août 2008). En décembre 2008, le nombre de GMF s'élève à 179 (source: site Internet du MSSS visité le 5 janvier 2009). De plus, une cinquantaine de GMF sont en processus d'agrément ou en préparation. Présents dans toutes les régions, les GMF font appel à 2 169 médecins de famille (1 599 ETC) et à plus de 280 infirmières. C'est la Montérégie qui compte le plus de GMF (29); elle est suivie de Montréal (20) et de la Capitale-Nationale (18). Pourtant, c'est Montréal qui connaît les plus petites proportions de résidents inscrits et de médecins de famille membres d'un GMF (6 % et 18 %, respectivement) (données factuelles du MSSS, août 2008). Au Québec, parmi les médecins de famille de première ligne, 32 % sont affiliés à un GMF (MSSS, 2008).

### Qu'est-ce qu'un groupe de médecine de famille (GMF) ?

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique. En moyenne, un GMF dessert une clientèle d'environ 15 000 personnes, regroupe 10 médecins en équivalent temps complet (ETC) ainsi que 2 infirmières ETC assurant une présence de 70 heures par semaine et 2 personnes ETC affectées au soutien administratif, plus le personnel habituel d'un cabinet ou d'un établissement. Le GMF offre à sa clientèle des services de médecine de famille: évaluation de l'état de santé, diagnostic et traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, prise en charge et suivi appropriés à la condition de santé, prévention des maladies et promotion de la santé. Les services y sont offerts du lundi au vendredi, sur rendez-vous et sans rendez-vous, et les samedis, dimanches et jours fériés sans rendez-vous. Une garde en disponibilité 24 heures par jour, 7 jours par semaine, est assurée par les membres du GMF pour les personnes qui sont dans une situation nécessitant des soins immédiats, en dehors des heures d'ouverture (Annexe II de la Convention entre un GMF et une agence).

L'OBJECTIF MINISTÉRIEL ÉTAIT D'IMPLANTER 300 GMF ET D'ATTEINDRE 70 % DE LA POPULATION INSCRITE D'ICI 2010.

L'objectif ministériel était d'implanter 300 GMF et d'atteindre 70 % de la population inscrite d'ici 2010 (MSSS, 2007). Cet objectif ne sera vraisemblablement pas atteint si l'on se fie au nombre de GMF et à la proportion de la population inscrite cités précédemment. Divers facteurs ont été invoqués pour expliquer les retards, comme la lourdeur des ententes administratives à négocier entre les médecins du GMF, les CLSC ainsi que les agences de la santé et des services sociaux, la mise en place tardive des systèmes d'information, de même qu'un manque de soutien envers les cliniques durant le processus d'instauration (Beaulieu et *al.*, 2006).

Dans la région de Montréal, un modèle complémentaire a été proposé, les cliniques-réseaux, pour désengorger les urgences des hôpitaux et faciliter l'accès des autres cliniques de première ligne aux plateaux techniques (laboratoire, radiologie) et aux services spécialisés, allégeant ainsi les pressions exercées sur les services hospitaliers. Les cliniques-réseaux offrent des services de radiologie et de laboratoire pour les cas urgents. Au départ, il était prévu d'en ouvrir de 15 à 20; en janvier 2006, on en comptait 13 et il y en a maintenant 27 sur l'île de Montréal (données disponibles dans le site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal). Dans d'autres régions du Québec, des cliniques-réseaux ont aussi été implantées, mais sous des formes diverses.

### Qu'est-ce qu'une clinique-réseau ?

Une clinique-réseau offre des services qui visent la prise en charge continue et intégrée de la clientèle, surtout de la clientèle vulnérable, et l'accessibilité en tout temps aux soins de première ligne de même qu'aux plateaux techniques en recours urgent et à la consultation spécialisée (MSSS, 2006). Les cliniques-réseaux situées sur l'île de Montréal incluent des services de radiologie et de laboratoire pour les cas urgents. Ces cliniques sont accessibles, sans rendez-vous, 7 jours sur 7, même les jours fériés, à raison de 12 heures par jour, les jours de semaine, et de 8 heures par jour, les jours de fin de semaine et les jours fériés. Par rapport aux GMF, la clinique-réseau ajoute ainsi une gamme plus étendue de services, soit un plateau technique de base ainsi qu'un accès aux services spécialisés.

Dans la région de la Capitale-Nationale, une clinique-réseau est un regroupement de médecins (minimum 20) qui pratiquent en cabinet, en centres de santé et de services sociaux (CSSS), en unité de médecine familiale (UMF) ou en GMF. Ils s'engagent ensemble à assurer des services pour la population d'un territoire donné. Les services offerts sont la consultation sans rendez-vous et la prise en charge.

LES CSSS ONT LE MANDAT D'ASSURER LA COORDINATION ET L'INTÉGRATION DES SERVICES, NOTAMMENT AVEC LA PREMIÈRE LIGNE, AINSI QUE CELUI DE CRÉER DES RÉSEAUX LOCAUX.

Plus récemment, en 2005, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux a créé les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS), qui doivent amener les intervenants d'un même territoire à améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts à leur population dans le but de rapprocher les services des citoyens. Chaque réseau local comprend une instance locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS), lequel regroupe les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les CLSC et, dans une majorité de cas, un centre hospitalier (CH). Ces nouvelles organisations que sont les CSSS ont le mandat d'assurer la coordination et l'intégration des services, notamment avec la première ligne, ainsi que celui de créer des réseaux locaux. En outre, les CSSS doivent convenir d'ententes avec les cabinets privés de leur territoire (MSSS, 2005). Le Québec compte à présent 95 CSSS.

### Quelles sont nos ressources médicales de première ligne ?

LE QUÉBEC BÉNÉFICIE ÉGALEMENT D'UN NIVEAU MOYEN DE RESSOURCES MÉDICALES DE PREMIÈRE LIGNE

Près de 7 900 omnipraticiens pratiquent au Québec (Savard et Rodrigue, 2007 ; MSSS, 2008). Selon des données récentes, le ratio de médecins de famille et le ratio de spécialistes par habitant au Québec sont les plus élevés au Canada, bien qu'ils ne soient pas beaucoup plus élevés et se situent près de la moyenne canadienne. Puisque le Canada se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE pour ces deux indicateurs, c'est dire que le Québec bénéficie également d'un niveau moyen de ressources médicales de première ligne et spécialisées comparativement à divers pays de l'OCDE. Si, vers la fin des années 1990, avec le programme de départ à la retraite et la réduction des admissions en médecine, le nombre de médecins a régressé, la situation s'est rétablie au cours des dernières années (Contandriopoulos et *al.*, 2007). De fait, ces dernières années, le nombre d'admissions en médecine et le nombre de médecins formés à l'étranger ayant obtenu un droit de pratique au Québec se sont accrus. Par ailleurs, le nombre d'admissions en résidence des médecins diplômés à l'étranger a augmenté (données fournies par la CREPUQ). Au Québec, un médecin de famille sur dix aurait été formé dans une université à l'extérieur du Canada (ICIS, 2007).

### Les admissions en médecine

De 406 admissions en 1998-1999, ce nombre a graduellement augmenté depuis lors pour atteindre 772 en 2007-2008 (MSSS, 2008). En 2008, plus de 700 candidats ont été admis dans un programme de résidence dans les facultés de médecine, une hausse de 12 % par rapport à 2007 et de 60 % par rapport à 2003 (données fournies par la CREPUQ, 9 septembre 2008).

En revanche, la population d'omnipraticiens vieillit, l'âge moyen se situant à 48 ans en 2006, soit dans la moyenne canadienne. Au Québec, seulement 14 % des omnipraticiens ont 35 ans ou moins et 28 % sont âgés de 36 à 45 ans; les plus de 45 ans sont plus nombreux: 35 % sont âgés de 46 à 55 ans, 18 % le sont de 56 à 65 ans et près de 6 % ont 66 ans ou plus (Savard et Rodrigue, 2007). De fait, entre 1994 et 2002, la proportion des omnipraticiens de moins de 35 ans a reculé, tandis que celle des omnipraticiens âgés de 55 à 70 ans est passée de 14 % à 17 % (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé dans les autres provinces canadiennes (Sondage national des médecins, 2007).

Autre phénomène, la féminisation de la profession médicale, qui s'accentue. La proportion de médecins de famille de sexe féminin au Québec est estimée à 45 %, alors qu'elle était d'environ 32 % en 1994 (Savard et Rodrigue, 2007; Contandriopoulos et *al.*, 2007). Ce phénomène est plus marqué au Québec, 37 % des médecins de famille étant des femmes au Canada. Toutefois, cette proportion est inférieure chez les spécialistes, qui comptent 32 % de femmes (Sondage national des médecins, 2007). Cette féminisation est encore plus manifeste chez les jeunes médecins, avec près des trois quarts des médecins de famille âgés de moins de 35 ans qui sont de sexe féminin (Contandriopoulos et *al.*, 2007).

### Le sondage national des médecins

Tous les trois ans, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada réalisent le sondage national des médecins. Celui-ci s'adresse à tous les médecins titulaires d'un permis d'exercice au Canada. Le dernier sondage date de 2007. Le questionnaire comporte diverses questions relatives à la pratique, notamment la spécialité, les lieux de formation et de pratique, la formation continue, la collaboration interprofessionnelle, l'accessibilité des soins pour les patients, l'étendue de l'offre de services et de techniques médicales, les heures de pratique, la rémunération, l'évolution attendue de leur pratique, l'utilisation des technologies de l'information et la satisfaction professionnelle. Au Québec, 32,6 % des médecins admissibles (N = 7 890) ont répondu au sondage de 2007 (moyenne canadienne: 32,1 %). Dans l'ensemble, les répondants sont représentatifs de l'ensemble des médecins de famille du Québec, exception faite d'une plus grande proportion de femmes ayant répondu à l'enquête (51,2 %) par rapport à la proportion de femmes médecins au total (44,3 %)[3].

3. Les données du sondage national des médecins utilisées dans le présent rapport proviennent des données originales de la Base de données du Sondage national des médecins recueillies par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). L'étude a également bénéficié du soutien de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada. L'étude et toutes les données qui y sont contenues sont protégées par droits d'auteur et sont la propriété du CMFC/de l'AMC/du CRMCC, et ne peuvent être copiées ni reproduites, en tout ou en partie, sans la permission du CMFC/de l'AMC/du CRMCC.

## Où les médecins de famille travaillent-ils ?

Au Québec, les soins directs aux patients représentent environ 90 % des activités des médecins de famille. On estime qu'environ les deux tiers de ces activités cliniques sont faites en première ligne — soit 46 % en cabinet, 14 % en CLSC et 3 % à domicile — et un tiers en milieu hospitalier (Fournier et Contandriopoulos, 2005). Le sondage national des médecins révèle que 62 % des médecins de famille canadiens indiquent exercer principalement dans un cabinet ou une clinique privée. Près de la moitié des médecins de famille québécois pratiquent en centre hospitalier, plus d'un quart le font en salle d'urgence et plus de 10 %, en cliniques sans rendez-vous (Sondage national des médecins, 2004).

LA PROPORTION DE MÉDECINS EXERÇANT EN CABINET A NETTEMENT RÉGRESSÉ ; DE PLUS, CEUX QUI TRAVAILLENT EN CABINET OU EN CLINIQUE PRIVÉE Y CONSACRENT UNE PLUS FAIBLE PART DE LEUR PRATIQUE.

Par ailleurs, ces dernières années, les activités des omnipraticiens en première ligne ont reculé, surtout chez les moins de 35 ans, qui auraient réduit de 10 % cette pratique, probablement en faveur de la seconde ligne (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Autre changement, la proportion de médecins exerçant en cabinet a nettement régressé de 1996 à 2006, passant de 78 % à 70 % ; de plus, ceux qui travaillent en cabinet ou en clinique privée y consacrent une plus faible part de leur pratique (*Idem*). De fait, nous constatons qu'un peu plus d'une clinique sur trois seulement bénéficie d'une forte présence des médecins, d'après leur nombre d'heures passées sur place (Hamel et *al.*, 2007). Diverses raisons sont invoquées pour expliquer le phénomène : la hausse des coûts de fonctionnement de la pratique en cabinet, la difficulté d'accéder aux plateaux techniques ou les exigences liées aux activités médicales particulières (voir l'encadré). Tous ces aspects résultent en une réduction de la pratique médicale en cabinet de première ligne au Québec.

## Les activités médicales particulières (AMP)

Mises en place au départ pour pallier la pénurie de médecins de famille dans les services d'urgence, les activités médicales particulières couvrent maintenant un ensemble de services pour lesquels des lacunes sont constatées. Tous les médecins de famille sont concernés par les AMP. Actuellement, la quantité d'AMP exigée est de 12 heures par semaine pour les médecins de famille ayant 15 ans de pratique ou moins, de 6 heures par semaine pour ceux ayant de 15 à 20 ans de pratique, et modulée en fonction des capacités et des types de pratique pour ceux ayant plus de 20 ans de pratique. À défaut d'effectuer leur AMP, le médecin de famille verra sa rémunération réduite de 30 % pour toutes les activités en cabinet privé. Les départements régionaux de médecine générale (DRMG) sont chargés de faire des recommandations à l'agence régionale quant aux AMP et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'agence. Par ordre décroissant de priorité, les AMP comprennent les services médicaux dispensés dans un service d'urgence ; les soins aux usagers admis en soins de courte durée ou en soins intensifs ; les services médicaux impliquant une garde en disponibilité en CHSLD ou un soutien à domicile ; les services en obstétrique ; les soins de première ligne auprès des groupes de clientèle vulnérable ; et toute autre activité particulière déterminée par l'agence de chacune des régions sociosanitaires.

Quant aux CLSC, la proportion des médecins omnipraticiens y pratiquant s'est accrue, passant de 23 % à plus de 28 % de 1996 à 2006 (Savard et Rodrigue, 2007). Or, comme ce sont surtout des médecins y exerçant 25 % ou moins de leur temps, cela n'a pas donné lieu à un accroissement significatif des services offerts en CLSC. En outre, ces dernières années, la proportion d'omnipraticiens qui exercent dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) est demeurée stable, à 17 %, tout comme la proportion de ceux qui exercent en contexte hospitalier, laquelle se situe à environ 57 % ; la proportion de ceux qui exercent dans les unités d'urgence a toutefois reculé de 28 % à 25 % (*Idem*). Néanmoins, le travail accompli dans ces types d'établissements représente une part croissante du revenu des médecins, ce qui laisse supposer que l'offre de services s'accroît dans le secteur hospitalier, au détriment des cabinets où se donnent les soins de première ligne.

Dans les centres urbains par rapport aux autres régions, les médecins de famille travaillent moins auprès des patients hospitalisés, davantage en cabinet, et plus souvent sur le mode sans rendez-vous. Par contre, les médecins de famille des centres urbains de moyenne et de petite taille sont beaucoup plus présents à l'urgence et auprès de patients hospitalisés, au détriment de la première ligne (Contandriopoulos et *al.*, 2007).

### La distribution géographique des soins de première ligne

ENVIRON 86 % DE LA POPULATION RÉSIDE DANS UNE COMMUNAUTÉ COMPTANT SUR PLACE DES POINTS DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE.

Dans un contexte géographique comme celui du Québec, caractérisé par de grandes distances entre les centres urbains et de nombreuses régions à faible densité de population, la distribution géographique des médecins représente un enjeu réel. Cependant, des données provenant d'un programme de recherche sur l'organisation de la première ligne témoignent d'une bonne accessibilité géographique pour la majorité des communautés (Gauthier et *al.*, à paraître). En effet, environ 86 % de la population réside dans une communauté comptant sur place des points de services de première ligne. Malgré l'absence de points de services sur place, le reste de la population habite plutôt dans des communautés situées, en moyenne, à un temps de déplacement en voiture de moins de 30 minutes, par rapport aux points de services, pour la plupart des régions. Y font exception la Côte-Nord, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James, étant donné que plusieurs de leurs communautés ne sont pas accessibles par voie terrestre. Certaines de ces communautés, ainsi que d'autres au Saguenay—Lac-Saint-Jean, en Mauricie et Centre-du-Québec et en Abitibi-Témiscamingue demeurent en deçà de ce seuil d'accessibilité géographique pour les soins de première ligne (Pong et Pitblado, 2001 ; Rourke, 2008).

Le nombre de points de services à proximité varie beaucoup à l'intérieur de chaque région ; il est lié à la répartition de la population sur le territoire (Gauthier et *al.*, 2008). Les régions universitaires[4] et celles à leur périphérie, en particulier la Capitale-Nationale, Laval et Montréal, offrent les plus fortes concentrations de points de services de première ligne. En revanche, dans les régions intermédiaires et éloignées, ce nombre de points de services diminue en fonction de l'éloignement des régions universitaires (*Idem*). Cela illustre bien l'une des différences fondamentales entre les régions urbaines densément peuplées et les régions éloignées : les premières bénéficient d'un plus grand choix en matière de services de première ligne. Néanmoins, contrairement à une opinion répandue, il y a souvent plus de médecins de famille par habitant dans les régions rurales et éloignées que dans les grandes agglomérations (Sondage national des médecins, 2004). Au Québec, la situation est similaire, les régions éloignées présentant des ratios par médecin plus favorables que ceux des centres urbains et des régions périphériques (Savard et Rodrigue, 2007).

Toutefois, il ne faudrait pas en conclure que la première ligne est automatiquement plus accessible dans les territoires ruraux du Québec, car la dispersion de la population, l'étendue du territoire à desservir et le nombre d'établissements à maintenir en fonction influent fortement sur le nombre de médecins nécessaires. En effet, si nous regardons la proportion du temps que les omnipraticiens consacrent à la deuxième ligne[5], nous constatons qu'elle est plus forte dans les régions rurales, éloignées ou isolées. En tenant compte du temps réellement passé en première ligne, nous observons que les différences quant à la distribution géographique des omnipraticiens tendent à s'amenuiser.

### Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Avant de s'installer dans une région donnée, les omnipraticiens doivent obtenir un avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM). Ce sont ces PREM qui établissent, pour chaque région administrative, une cible pour le recrutement d'omnipraticiens, ce qui permet de répartir équitablement l'ajout d'effectifs en médecine générale. Ces plans sont revus chaque année en fonction des écarts observés entre les effectifs en place et les besoins à combler. Ils tiennent compte de la mobilité des médecins en exercice et du nombre attendu de nouveaux médecins. Depuis 2004, une entente particulière conclue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) assure le respect des PREM. Ainsi, selon les conditions de son avis de conformité, le médecin doit effectuer 55 % et plus de sa pratique totale dans la région visée. Un médecin qui s'installe sans obtenir un avis de conformité au PREM est sujet à des pénalités sur le plan financier. Globalement, le taux d'atteinte des PREM a été satisfaisant d'année en année parmi les régions du Québec. Toutefois, dans certaines régions éloignées, le recrutement de nouveaux médecins de famille semble demeurer une tâche fastidieuse.

4. Une description des regroupements de régions est disponible dans le document intitulé *L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*.

5. La deuxième ligne de soins inclut des activités prodiguées en centre hospitalier ou à la suite de la recommandation d'un professionnel de la santé. La notion de deuxième ligne de soins se distingue ainsi de celle de première ligne de par le fait que les activités de première ligne représentent le premier point de contact des personnes avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Autre facteur à considérer, la grande mobilité de la clientèle et des professionnels dans leur pratique, qui constitue un phénomène important, surtout dans les zones urbaines. Une étude suggère que la proportion de personnes recevant habituellement les soins médicaux de première ligne auprès d'une clinique de leur territoire de CSSS varie de 42,6 % à 76,7 % sur l'île de Montréal et de 70,7 % à 93 % en Montérégie (Hamel et *al.*, 2007). En corollaire, la proportion des clients de cliniques médicales, qui viennent du territoire de la clinique, varie de 36,2 % à 87,1 % à Montréal et de 74,2 % à 89,2 % en Montérégie (*Idem*). Par conséquent, certains territoires de CSSS sont confrontés à une situation où les résidents obtiennent la majorité des services dans un autre territoire et où les cabinets médicaux desservent des résidents venant principalement de l'extérieur du territoire.

CERTAINS TERRITOIRES DE CSSS SONT CONFRONTÉS À UNE SITUATION OÙ LES RÉSIDENTS OBTIENNENT LA MAJORITÉ DES SERVICES DANS UN AUTRE TERRITOIRE ET OÙ LES CABINETS MÉDICAUX DESSERVENT DES RÉSIDENTS VENANT PRINCIPALEMENT DE L'EXTÉRIEUR DU TERRITOIRE.

## Comment sont organisés les soins de première ligne ?

Contrairement à une opinion très répandue, une minorité de médecins de famille au Canada travaillent seuls (25 %), la majorité travaillant au sein de groupes de médecins (61 %) (Kirby, 2002 ; Sondage national des médecins, 2004). Le Sondage national des médecins de 2007 révèle que 17 % des répondants au Québec indiquent comme principal lieu de prestation une clinique en solo, 48 %, un groupe de médecins, et 32 %, une pratique interprofessionnelle. La pratique en solo est moins répandue au Québec que dans l'ensemble du Canada, et la pratique interprofessionnelle est plus fréquente (Sondage national des médecins, 2007). Au regard de la répartition des divers types de cliniques, une étude menée en 2005 dans deux régions populeuses du Québec (Montréal et la Montérégie) suggère que, dans 27 % des cas, il s'agit de cabinets en solo, dans 53 % des cas, d'un cabinet privé où travaille un groupe de médecins, dans 6,7 % des cas, d'un GMF et que, dans 13 % des cas, il s'agit d'une clinique de CLSC (Hamel et *al.*, 2007). En ce qui concerne la perception des utilisateurs, c'est près de 90 % qui déclarent que les médecins travaillent en groupe à leur source habituelle de soins et près de 80 % d'entre eux déclarent qu'ils peuvent y voir un autre médecin en l'absence du leur (Levesque et *al.*, 2007b).

Au Canada, le sondage national des médecins nous apprend aussi qu'environ 24 % des médecins interviewés déclarent, comme lieu principal de pratique, un groupe interprofessionnel. De plus, seulement un médecin de famille sur trois travaille habituellement avec une équipe multidisciplinaire et un seul cabinet médical sur quatre a recours régulièrement aux services de cliniciens autres que des médecins dans la gestion des soins aux patients atteints de maladies chroniques. Ces données classent le Canada en septième et dernière position parmi les pays où le Commonwealth Fund a fait enquête (The Commonwealth Fund, 2006). Ce sondage révèle aussi que la proportion de cliniques de première ligne qui bénéficient des services d'une infirmière pour la gestion des soins n'est que de 19 % (Shea et *al.*, 2007). Au Québec, cette proportion serait de 37 %, davantage en Montérégie (46 %) qu'à Montréal (31 %) ; et souvent davantage encore dans les territoires de CSSS ruraux (Hamel et *al.*, 2007). Dans la perspective des utilisateurs, 42 % déclarent pouvoir obtenir les services d'une infirmière à leur source habituelle de soins (Levesque et *al.*, 2007b).

SEULEMENT UN MÉDECIN DE FAMILLE SUR TROIS TRAVAILLE HABITUELLEMENT AVEC UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE.

AU QUÉBEC, ON RETROUVE, DANS LA MOITIÉ DES CLINIQUES, DES MÉDECINS DE FAMILLE QUI COHABITENT DANS LE MÊME IMMEUBLE AVEC DES SPÉCIALISTES ET PRÈS DES TROIS QUARTS LE FONT AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS, QUE CE SOIT DES PHARMACIENS, DES PSYCHOLOGUES, DES NUTRITIONNISTES, ETC.

Au Québec, on retrouve, dans la moitié des cliniques, des médecins de famille qui cohabitent dans le même immeuble avec des spécialistes et près des trois quarts le font avec d'autres professionnels, que ce soit des pharmaciens, des psychologues, des nutritionnistes, etc. Leur degré de collaboration reste cependant difficile à évaluer (Hamel et *al.*, 2007). Dans l'ensemble, le mode de prestation de services des cliniques de première ligne est sur rendez-vous pour près du deux tiers des cliniques : 23 % seulement prodiguent des services surtout sans rendez-vous, soit 26 % à Montréal et 17 % en Montérégie. De plus, seulement 7 % des cliniques ayant fait l'objet de l'enquête bénéficieraient de services de prélèvement et de radiologie sur place, 40 % n'ayant qu'un service de prélèvement et 3,4 %, qu'un service de radiologie. Ainsi, la moitié des cliniques n'aurait ni service de prélèvement ni service de radiologie sur place (*Idem*).

LE MODE DE PRESTATION DE SERVICES DES CLINIQUES DE PREMIÈRE LIGNE EST SUR RENDEZ-VOUS POUR PRÈS DU DEUX TIERS DES CLINIQUES

Cette même étude permet aussi d'apprécier l'ampleur de la pratique de groupe. Ainsi, nous observons que 65 % des cliniques comptent un médecin responsable, 46 % démontrent un degré élevé de partage des ressources et 74 % révèlent un fort partage des activités cliniques. Environ 41 % des cliniques de groupe possèdent des mécanismes explicites de coordination des soins (*Idem*). Ici encore, les territoires ruraux présentent des structures organisationnelles plus favorables.

### La rémunération des médecins

BIEN QUE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE RÉGRESSE, ELLE DEMEURE LE PRINCIPAL MODE DE PAIEMENT DES MÉDECINS

Dans l'ensemble du Canada, bien que la rémunération à l'acte régresse, elle demeure le principal mode de paiement des médecins (Sondage national des médecins, 2004). La rémunération à l'acte représente 90 % ou plus des revenus totaux pour la moitié des médecins de famille canadiens et pour environ 41 % de ceux du Québec. Le mode de rémunération des médecins de famille se répartit de la façon suivante au Québec : 69,7 % sont rémunérés en majeure partie à l'acte, 22,4 % ne sont pas rémunérés à l'acte et 7,9 % n'ont pas d'activités cliniques. Depuis 1994, la rémunération à l'acte connaît un léger recul, tandis que la proportion de cliniciens non rémunérés à l'acte (médecins à salaire ou payés par vacations) est en hausse (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Néanmoins, dans les cliniques médicales, le mode de rémunération demeure la rémunération à l'acte dans 88,4 % des cas, la tarification horaire dans 9,1 % des cas et un mode mixte dans 2,5 % des cas (Hamel et *al.*, 2007).

## > LES PROBLÈMES CONSTATÉS DANS LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS

Plusieurs commissions d'enquête et groupes de travail ont révélé des lacunes importantes dans la façon dont sont organisés, planifiés, financés et rendus les soins de santé. Plusieurs constatations ont été faites au cours des dix dernières années : la fragmentation des services et l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins par manque de coordination ; une prise en charge insuffisante des personnes et des groupes vulnérables ; des carences dans l'accès aux soins ; la faible place accordée à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie ; la piètre qualité du partage, de la collecte et de la gestion de l'information ; ainsi que le manque de coordination (Kirby, 2002 ; Romanow, 2002). Ces problèmes organisationnels se traduisent par un manque de continuité dans les services offerts et par une réduction de la capacité à répondre aux besoins des citoyens.

CES PROBLÈMES ORGANISATIONNELS SE TRADUISENT PAR UN MANQUE DE CONTINUITÉ DANS LES SERVICES OFFERTS ET PAR UNE RÉDUCTION DE LA CAPACITÉ À RÉPONDRE AUX BESOINS DES CITOYENS.

De plus, si les problèmes notés débordent les frontières de la première ligne — pensons aux délais d'attente pour les interventions chirurgicales, au débordement des urgences hospitalières, à l'inflation des coûts des programmes d'assurance médicament —, en quasi-totalité les récentes commissions d'enquête ont désigné la première ligne comme l'élément clé de solution aux problèmes d'ensemble du système (Romanow, 2002). En outre, aux yeux de plusieurs, la transformation de la première ligne s'impose (Romanow, 2002 ; Kirby, 2002 ; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; Sinclair, 1999 ; Fyke, 2001 ; Mazankowski, 2001).

LES RÉCENTES COMMISSIONS D'ENQUÊTE ONT DÉSIGNÉ LA PREMIÈRE LIGNE COMME L'ÉLÉMENT CLÉ DE SOLUTION AUX PROBLÈMES D'ENSEMBLE DU SYSTÈME.

Récemment, les études du Commonwealth Fund et de l'OCDE révèlent, nous l'avons souligné, que le Canada se classe défavorablement à l'égard d'une majorité d'indicateurs de la première ligne ainsi que d'indicateurs en rapport avec l'état de santé des populations, comme la prestation de services préventifs et la prise en charge des maladies chroniques (Davis et *al.*, 2007). En effet, des caractéristiques organisationnelles défavorables, comme l'absence d'infirmières dans les cabinets médicaux, le faible recours aux équipes multidisciplinaires et des retards considérables dans l'instauration de systèmes d'information clinique, placent le Canada derrière des pays comme l'Australie, l'Allemagne, l'Angleterre et les Pays-Bas (Shea et *al.*, 2007).

Certains consensus émergent de toutes ces réflexions, à savoir la nécessité d'offrir des soins accessibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine ; d'accentuer le travail de groupe et en équipe multidisciplinaire ; d'instaurer des dossiers électroniques d'information sur les patients et d'accroître les interventions préventives et les liens avec les instances de la santé publique. Dans les projets de réorganisation qui s'amorcent, il est considéré qu'une première ligne performante doit remplir certaines fonctions : la prise en charge d'une vaste gamme de problèmes de santé, la coordination des services (généraux, spécialisés, communautaires, à domicile) pour les patients, la gestion de l'accès aux technologies appropriées en fonction des soins requis. On estime aussi qu'elle doit servir de porte d'entrée pour l'ensemble du système (Romanow, 2002 ; Kirby, 2002).

Le Québec connaît les mêmes difficultés (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000) et un très fort consensus se dégage quant à la nécessité de modifier l'organisation des soins : on cherche à mieux comprendre l'impact de la première ligne sur la performance du système et à mettre le doigt sur les éléments à mettre en place pour accroître la performance (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). D'autres problèmes ressortent de l'analyse de la situation au Québec, que nous abordons brièvement, eu égard aux ressources, à la couverture des besoins de la population à l'égard de l'affiliation au médecin de famille, à l'accessibilité des services et aux divers aspects de la qualité des soins.

### La pénurie de main-d'œuvre

L'un des aspects discutés le plus souvent, autant dans les médias que dans les commissions et comités mandatés pour analyser le système de santé et de services sociaux, est le niveau de ressources médicales, celui des médecins de famille en particulier. Dans l'ensemble, on s'entend sur le fait qu'il manque de médecins, comme l'illustrent les carences dans de multiples secteurs de services, et que cette situation se reflète dans plusieurs régions. Pourtant, les indicateurs le démontrent, la situation au Québec est enviable par rapport au reste du Canada à l'égard du nombre de médecins généralistes et spécialistes. Toutefois, le Canada, lui, se range sous la moyenne des pays de l'OCDE, où certains pays connaissent plutôt le phénomène du chômage médical.

AU QUÉBEC, IL DEMEURE DIFFICILE D'ESTIMER LE MANQUE RÉEL DE MÉDECINS. MAIS DE PLUS EN PLUS D'ACTEURS DU DOMAINE PARLENT DE PÉNURIE RELATIVE PLUTÔT QU'ABSOLUE.

Au Québec, il demeure difficile d'estimer le manque réel de médecins, mais de plus en plus d'acteurs du domaine parlent de pénurie relative plutôt qu'absolue. En effet, c'est peut-être moins le nombre de médecins de première ligne qui fait défaut que, d'une part, le temps qu'ils consacrent à la pratique médicale — surtout la prestation en cabinet — et, d'autre part, ce qu'on leur demande de faire. Néanmoins, d'aucuns s'entendent pour dire qu'il y a aussi un manque d'effectifs médicaux en première ligne de soins.

Une étude de 2007 suggère que l'offre globale de soins de première ligne a diminué ces dernières années, tandis que le vieillissement de la population cause une hausse du nombre de visites médicales pour ces patients vieillissants et un allongement de la durée de leurs visites (Contandriopoulos et *al.*, 2007). De fait, certains signes dénotent un alourdissement de la pratique de première ligne : le nombre moyen de patients par médecin a reculé de 7 %. L'âge des patients augmente, le pourcentage de ceux de 65 ans ou plus étant passé de 16 % à 20 % de 1994 à 2002. En revanche, le nombre moyen d'heures travaillées par les médecins de famille est demeuré stable durant la même période (*Idem*).

En outre, la hausse récente du nombre d'étudiants en médecine et de médecins formés à l'étranger pourrait ne pas suffire à surmonter la pénurie relative actuelle. Autre facteur en cause, de 2000 à 2005, on estime que l'augmentation du nombre de médecins de famille a profité pour l'essentiel, comme nous l'avons souligné plus tôt, au milieu hospitalier (Savard et Rodrigue, 2007). C'est pourquoi la solution aux problèmes actuels d'accessibilité devrait passer par une utilisation plus efficiente des ressources médicales, une réorganisation du travail et un accroissement des volumes d'activité des médecins. De plus, cette pénurie se fait sentir au-delà des seules ressources médicales. Les effectifs d'autres professionnels de la santé sont, eux aussi, limités.

LA SOLUTION AUX PROBLÈMES ACTUELS D'ACCESSIBILITÉ DEVRAIT PASSER PAR UNE UTILISATION PLUS EFFICIENTE DES RESSOURCES MÉDICALES, UNE RÉORGANISATION DU TRAVAIL ET UN ACCROISSEMENT DES VOLUMES D'ACTIVITÉ

**La désaffection pour la pratique de médecine de famille**

Un des enjeux cruciaux de la première ligne est la désaffection des professionnels en formation envers la pratique de médecine de famille (Beaulieu et *al.*, 2008 ; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2008). Au Canada, par suite de la planification des postes dans les programmes de résidence, le ratio de spécialistes et de généralistes est d'environ un pour un. Le Québec, par contre, compte légèrement plus de spécialistes que d'omnipraticiens. D'autres pays ont traditionnellement favorisé la formation de généralistes et présentent des taux d'omnipraticiens par habitant plus élevés et des taux de spécialistes bien inférieurs aux nôtres.

LES GÉNÉRALISTES CONSACRENT DE MOINS EN MOINS DE TEMPS À PRODIGUER DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

En comparaison avec ces autres pays qui ont favorisé, de façon particulière, la formation médicale générale, au Canada, nous ne bénéficions pas d'une aussi forte densité de ressources médicales pouvant répondre à un vaste éventail de problèmes de santé en première ligne. La proportion de la population qui déclare avoir un médecin de famille le confirme. Si le Canada présente des retards à ce sujet par rapport à d'autres pays, le Québec présente des problèmes particuliers. Les études que nous avons recensées suggèrent que les généralistes consacrent de moins en moins de temps à prodiguer des soins de première ligne, surtout chez les plus jeunes médecins, en faveur de la pratique en établissement hospitalier et à l'urgence. De surcroît, ces dernières années, émerge un nouveau phénomène : des postes demeurent vacants dans les programmes de formation postuniversitaires en médecine de famille au Québec. Ainsi, en 2007, seulement 79 % des postes en médecine de famille ont été comblés (65 postes non comblés sur 304), par rapport à 95 % des postes comblés en spécialités selon les données du service canadien de jumelage des résidents (CARMS, 2007).

Cette désaffection découlerait, notamment, des politiques dont le but est d'assurer l'offre de services en deuxième ligne et de l'attrait moindre envers cette pratique devant l'alourdissement de la clientèle et les difficultés d'accéder aux ressources pour se charger de ces personnes (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Il faut souligner que deux politiques gouvernementales ont fortement pesé sur la pratique médicale de première ligne, soit les plans régionaux d'effectifs médicaux et les activités médicales particulières (voir les encadrés dans les sections précédentes). Aux yeux de certains, la situation est appelée à se détériorer en raison du désintérêt envers ce type de pratique, de la modification des problèmes de santé et de la complexification des traitements, des pressions venant des autres professionnels pouvant remplir des tâches comparables à celles du médecin de famille, ainsi que de l'accroissement de la capacité des personnes à agir sur leur santé (McKinlay et Marceau, 2008). Le récent *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2008) faisait ressortir l'importance d'agir dès la formation médicale pour renforcer la première ligne et en assurer la pérennité.

### Le manque de productivité

Comme cela a été mentionné précédemment, nombre d'observateurs expliquent les problèmes d'accès aux soins de première ligne au Québec par un manque de productivité du corps médical. Diverses sources de données corroborent cette explication. La moyenne des heures travaillées par les omnipraticiens du Québec, excluant les heures de garde en disponibilité, était de 46 heures par semaine en 2004, la plus basse parmi les provinces et 3 heures sous la moyenne canadienne.

Toutefois, cette baisse de productivité n'est pas exclusive au Québec : 16 % des médecins canadiens déclarent avoir réduit leurs heures de travail de 2002 à 2004 (Sondage national des médecins, 2004). L'examen de la productivité indique, de plus, que l'ensemble des médecins omnipraticiens du Québec en 2006 correspondait à 7 303 ETC (Savard et Rodrigue, 2007). Cela illustre le fait que les médecins ne travaillent pas tous à temps complet. En revanche, le nombre moyen d'heures travaillées par semaine n'aurait diminué que de 1 % de 1994 à 2002 et le nombre de jours, de 9 %, les médecins travaillant ainsi moins de jours qu'auparavant, mais le faisant en un nombre comparable d'heures par jour. Autre caractéristique, c'est dans les milieux semi-urbains et ruraux que les médecins sont les plus productifs. De plus, les médecins féminins voient environ 20 % moins de patients par heure, ce qui pourrait se traduire par 30 % moins de visites et 25 % moins de patients par an (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Évidemment, le volume de soins rendus n'est pas le seul élément à considérer, le temps passé avec les patients pouvant aussi s'accompagner d'une meilleure réponse aux besoins des personnes.

L'information disponible suggère que la baisse de la productivité pourrait se poursuivre, 37 % des médecins de famille déclarant vouloir réduire leurs heures de travail hebdomadaires dans les deux années à venir, une proportion légèrement supérieure à la moyenne canadienne (34 %). En contrepartie, seulement 6 % souhaitaient augmenter leurs heures de travail. Enfin, la proportion de généralistes satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels n'était que de 62 % au Québec, plaçant pourtant la province au troisième rang dans l'ensemble canadien (Sondage national des médecins, 2007).

## Des profils de pratiques médicales de première ligne

Une étude récente au Québec s'est intéressée au profil de pratique des médecins de famille (Contandriopoulos et *al.*, 2007). Elle suggère des profils variés. Si certains médecins présentent un niveau élevé d'activité dans le contexte d'une pratique partagée entre divers lieux de prestation (cabinet, urgence, hospitalisation) ou d'une pratique concentrée à l'urgence et en clinique sans rendez-vous, d'autres fournissent des volumes plus faibles de pratique. Certains présentent aussi un profil centré sur la continuité, caractérisé par une clientèle âgée vue en divers contextes de soins. Une analyse de ces divers profils suggère que, depuis 1994, les modèles favorisant les soins de premier contact sont de plus en plus populaires par rapport aux profils plus polyvalents ou centrés sur la continuité. Ces derniers sont d'ailleurs moins fréquents dans les centres urbains, où les médecins de contact sont plus fréquents.

## L'affiliation au médecin de famille

76 % DES QUÉBÉCOISES ET QUÉBÉCOIS ÂGÉS DE 15 ANS OU PLUS DÉCLARENT AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE.

La pénurie relative actuelle de ressources médicales a un impact sur la capacité du système à répondre aux besoins de soins de la population. Au Canada, 84 % des personnes déclarent avoir un médecin habituel, 7 % n'en ont pas, mais consultent en un endroit particulier, et 9 % ne disposent d'aucune source de soins (Schoen et *al.*, 2006). Selon l'enquête de 2003 sur l'accès aux services de santé, 76 % des Québécoises et Québécois âgés de 15 ans ou plus déclarent avoir un médecin de famille, ce qui est inférieur à la moyenne canadienne. Cette proportion est encore moindre dans la région de Montréal, où elle se situe à environ 70 % (et à environ 60 % dans le centre-ville), mais plus élevée en zone rurale, atteignant jusqu'à 88 % (Kapetanakis et *al.*, 2008; Levesque et *al.*, 2007b).

LA PROPORTION DE MÉDECINS QUI ACCEPTENT DE NOUVEAUX PATIENTS RECULE.

Bien que le ratio de médecins par habitant au Québec ait connu une hausse dans les années allant de 2000 à 2004, la proportion de médecins qui acceptent de nouveaux patients recule. En 2004, 22 % seulement acceptent de nouveaux patients, par rapport à 26,5 % en 2000 (Sondage national des médecins, 2004). Chez les médecins de famille, ils sont environ 60 % à déclarer limiter le nombre de leurs patients ou ne plus en prendre de nouveaux (*Idem*).

Toutefois, cette affiliation avec un médecin ne représente pas la seule façon d'obtenir des soins de première ligne, bon nombre de personnes sans médecin de famille fréquentant régulièrement la même clinique. Environ 72 % des personnes déclarent une source de première ligne (66 %, un cabinet privé et 6 %, un CLSC), mais environ 11 % de la population de Montréal et 6 % de la population de la Montérégie désigne comme source habituelle de soins une source spécialisée, soit une unité d'urgence ou une clinique spécialisée (Hamel et *al.*, 2007). En outre, 66,5 % des personnes qui désignent une clinique de première ligne comme source habituelle de soins fréquentent un cabinet de groupe privé, 14,3 %, un médecin qui pratique en solo, 6,9 %, un CLSC et 12,3 %, un GMF (Levesque et *al.*, 2007a).

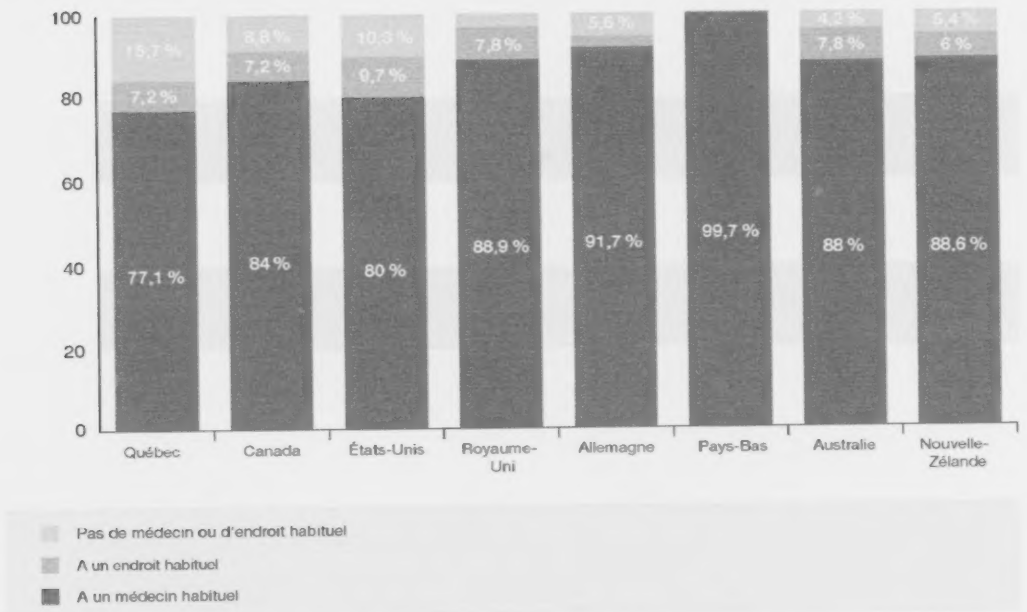
AU QUÉBEC, 16 % DE LA POPULATION N'AURAIT NI MÉDECIN HABITUEL, NI SOURCE HABITUELLE DE SOINS

L'enquête du Commonwealth Fund révèle, en outre, que le Québec se situe à un niveau inférieur à celui de l'ensemble des pays comparés, avec un peu plus de trois Québécois sur quatre seulement qui déclarent avoir un médecin habituel (Figure 4). Pour sa part, l'Ontario connaît une situation enviable, avec 91 % de sa population qui déclare avoir un médecin habituel (Ontario Health Quality Council, 2008). Finalement, au Québec, 16 % de la population n'aurait ni médecin habituel, ni source habituelle de soins, la proportion la plus forte parmi les pays et les provinces comparés (Figure 4).

Figure 4

Affiliation à une source habituelle de soins, Québec, Canada et autres pays, 2007

Est-ce que vous avez un médecin habituel que vous allez voir pour vos soins médicaux ? Sinon, est-ce qu'il y a un groupe de médecine, un centre de santé ou une clinique où vous allez habituellement pour vos soins médicaux ?




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

## L'accessibilité des services médicaux

Toutes les enquêtes récentes portant sur la performance des systèmes de santé soulignent les problèmes d'accessibilité au Canada, notamment les longs délais d'attente pour recevoir des services de première ligne. Les enquêtes du Commonwealth Fund sont révélatrices à cet égard, illustrant comment, sur un ensemble d'indicateurs, le Canada ne répond pas promptement aux besoins de soins (voir l'encadré de la page 49).

La situation ne diffère pas au Québec, où nous constatons des lacunes sur le plan de l'accessibilité des services de première ligne, qui semblent plus marquées que dans le reste du Canada, en dépit d'un ratio médecin-population plus favorable (Sanmartin, 2006). Selon l'enquête sur l'accès aux services de santé de 2003, 26 % des Québécoises et Québécois de 15 ans ou plus déclarent avoir vécu des difficultés d'accès aux services de premier contact : ils rapportent des difficultés ayant trait à l'accès à des soins de routine dans 94 % des cas, à des renseignements ou conseils dans 61 % des cas, et à des soins immédiats liés à des problèmes mineurs dans 91 % des cas (Kapetanakis et *al.*, 2008). Selon cette même étude, les soins les plus problématiques au Canada à cet égard sont les services de premier contact et les services préventifs en première ligne (*Idem*).

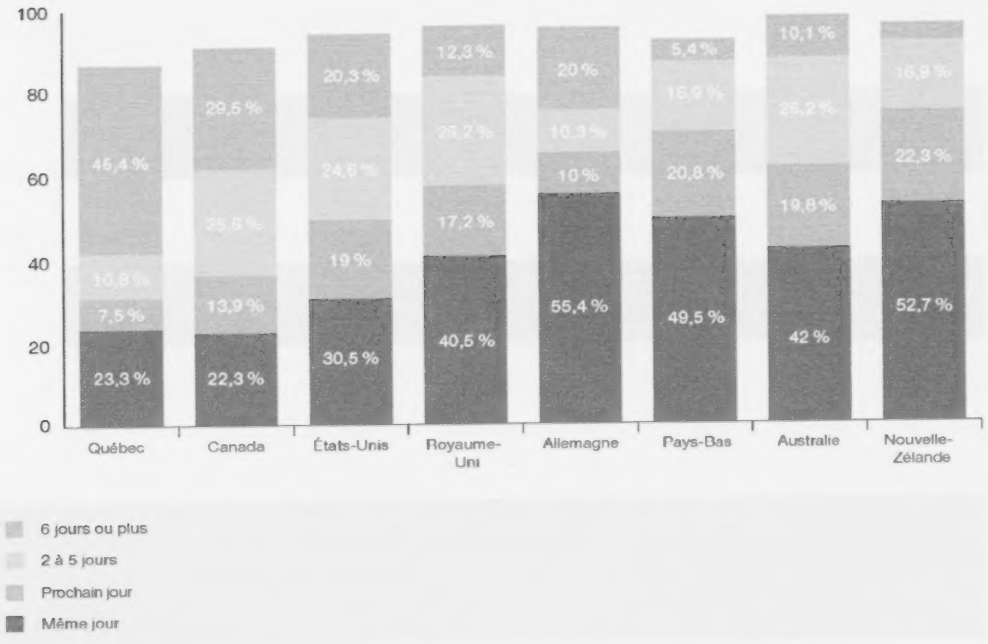
UN UTILISATEUR SUR QUATRE DÉCLARE DEVOIR ATTENDRE PLUS DE QUATRE SEMAINES AVANT D'ÊTRE REÇU SUR RENDEZ-VOUS À SA SOURCE HABITUELLE DE SOINS.

Environ un utilisateur sur quatre déclare devoir attendre plus de quatre semaines avant d'être reçu sur rendez-vous à sa source habituelle de soins et seulement un peu plus du tiers des gens attendent moins de sept jours (Levesque et *al.*, 2007a), délai inacceptable pour le tiers des personnes interrogées. De plus, seulement une personne sur trois déclare qu'il est très facile de parler à un médecin par téléphone durant les heures d'ouverture (*Idem*) et seulement 10 % des répondants estiment pouvoir rencontrer un médecin en moins de 24 heures en cas de maladie soudaine, le temps moyen d'attente étant de 24 jours (Haggerty et *al.*, 2007). D'ailleurs, selon des données obtenues à partir de l'enquête du Commonwealth Fund de 2007, le Québec présente la plus forte proportion de personnes devant attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous et seulement une personne sur quatre environ est reçue le jour même (Figure 5). Il s'agit de résultats clairement défavorables.

Figure 5

Délai pour obtenir un rendez-vous, Québec, Canada et autres pays, 2007

La dernière fois que vous étiez malade et aviez besoin d'un avis médical, quel a été le délai pour obtenir un rendez-vous pour voir un médecin ?




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » ; Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

## L'accessibilité des soins de première ligne au Canada : des résultats mitigés

L'enquête du Commonwealth Fund sur les politiques de santé offre plusieurs indicateurs qui permettent de jauger les problèmes d'accessibilité au Canada (The Commonwealth Fund, 2006). Ainsi, plus d'une personne sur deux déclare qu'il est un peu ou très difficile d'obtenir des soins la nuit ou la fin de semaine sans aller à l'urgence (Shea et *al.*, 2007). De plus, près de 30 % des personnes déclarent qu'il faut attendre six jours ou plus pour une consultation sur rendez-vous. Seulement une personne sur cinq déclare être reçue le jour même et près de 40 %, le jour même ou le lendemain (Figure 5). À cet égard, le Canada présente les pires résultats parmi les pays comparés. Les horaires des cliniques de première ligne peuvent expliquer cette situation : seulement deux sur trois déclarent recevoir des patients avant 8 h 30, après 18 h ou en fin de semaine ; moins de la moitié fait des arrangements pour que les patients puissent voir un médecin ou une infirmière quand la clinique est fermée, en dehors des unités d'urgence (The Commonwealth Fund, 2006) ; enfin, quatre personnes sur dix affirment que la source habituelle de soins, ou le médecin, n'offre de services ni avant 8 h 30, ni après 18 h, ni en fin de semaine, le pire résultat des pays comparés (Schoen et *al.*, 2006).

Ces problèmes d'accessibilité ne sont pas sans conséquences. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes indique que plus de 12 % des Canadiennes et Canadiens âgés de 12 ans ou plus déclarent avoir ressenti des besoins de soins, sans les obtenir, au cours de la dernière année ; au Québec, ce chiffre s'élèverait à 10 % (Sanmartin et *al.*, 2002). De plus, depuis dix ans, une hausse de cette proportion est observée. D'ailleurs, selon une récente étude menée à Montréal et en Montérégie, elle serait plutôt de 18 %, ce qui révèle les difficultés d'accès aux soins en zone urbaine (Levesque et *al.*, 2007a). Cette dernière étude indique aussi que les personnes sans médecin de famille et celles qui déclarent le département d'urgence d'un hôpital comme source habituelle de soins rapportent davantage de besoins non comblés et qu'une forte proportion de personnes en subissent des conséquences, que ce soit inquiétude, douleur et difficultés dans les activités quotidiennes.

SEULEMENT UN QUART DES CLINIQUES ASSURENT UN SERVICE DE GARDE SUR APPEL DURANT LES HEURES DE FERMETURE

Ces besoins non comblés s'expliquent surtout par un temps d'attente trop long pour obtenir les services, par la non-disponibilité du médecin habituel et par l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous ou de trouver un médecin acceptant de nouveaux patients (Levesque et *al.*, 2007a). Cet état de situation est lié à des limites d'horaire : de fait, seulement 16 % des cliniques de première ligne rapportent une couverture temporelle élevée — en tenant compte de la disponibilité le soir et en fin de semaine — et 60 %, une couverture faible (Hamel et *al.*, 2007). Cette même étude signale que seulement un quart des cliniques assurent un service de garde sur appel durant les heures de fermeture.

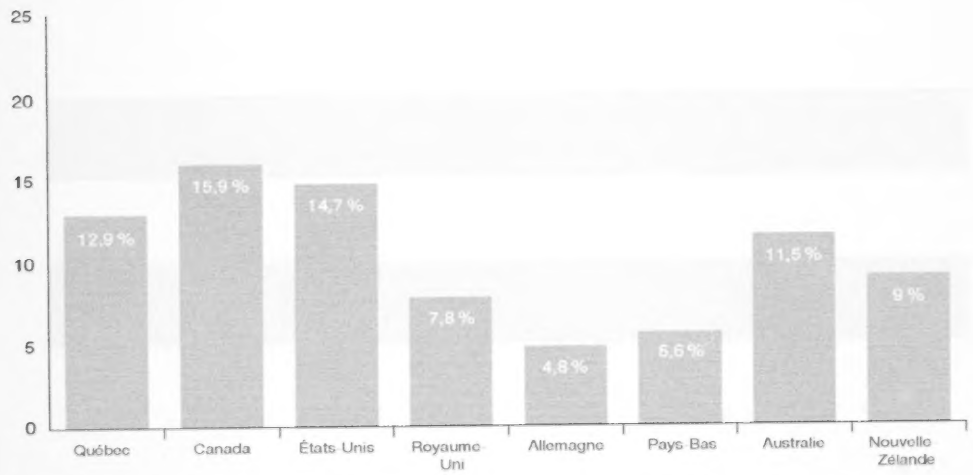
PLUS D'UN QUÉBÉCOIS SUR DIX DÉCLARE AVOIR CONSULTÉ UNE UNITÉ D'URGENCE D'UN HÔPITAL POUR UN PROBLÈME QUI AURAIT PU ÊTRE TRAITÉ AU CABINET DU MÉDECIN, SI CE DERNIER AVAIT ÉTÉ DISPONIBLE.

Pour le système de santé et de services sociaux québécois, cet état de situation a des conséquences de taille. Selon des données obtenues à partir de l'enquête du Commonwealth Fund de 2007, plus d'un Québécois sur dix déclare avoir consulté une unité d'urgence d'un hôpital pour un problème qui aurait pu être traité au cabinet du médecin, si ce dernier avait été disponible, une des proportions les plus élevées parmi les pays comparés (Figure 6).

Figure 6

Consultation évitable de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant consulté l'urgence pour un problème qui aurait pu être traité en cabinet de médecin s'il avait été disponible.




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

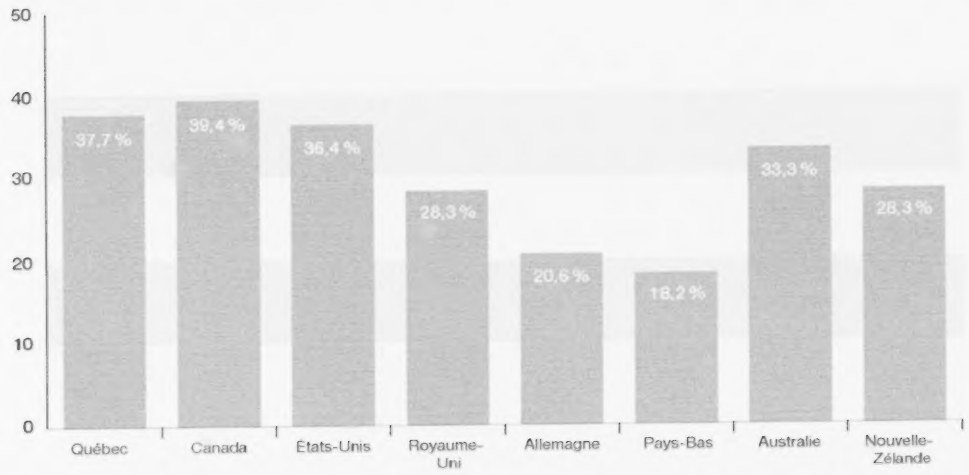
**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Ces consultations à l'urgence sont évitables et elles entraînent une hausse des coûts. En effet, au Québec, le taux de consultation à l'urgence figure parmi les plus élevés, avec près de 38 % des adultes interrogés qui sont allés dans une unité d'urgence dans les 24 derniers mois (Figure 7) ; de plus, l'attente à l'urgence est parmi les plus longues (Figure 8). Cela pourrait suggérer que le système québécois ne prend pas le patient en charge au bon endroit, lequel patient n'a alors d'autre choix que celui de consulter là où il peut, vu le manque d'accès à des ressources de premier contact.

Figure 7

Consultation de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant consulté une unité d'urgence dans les deux dernières années.



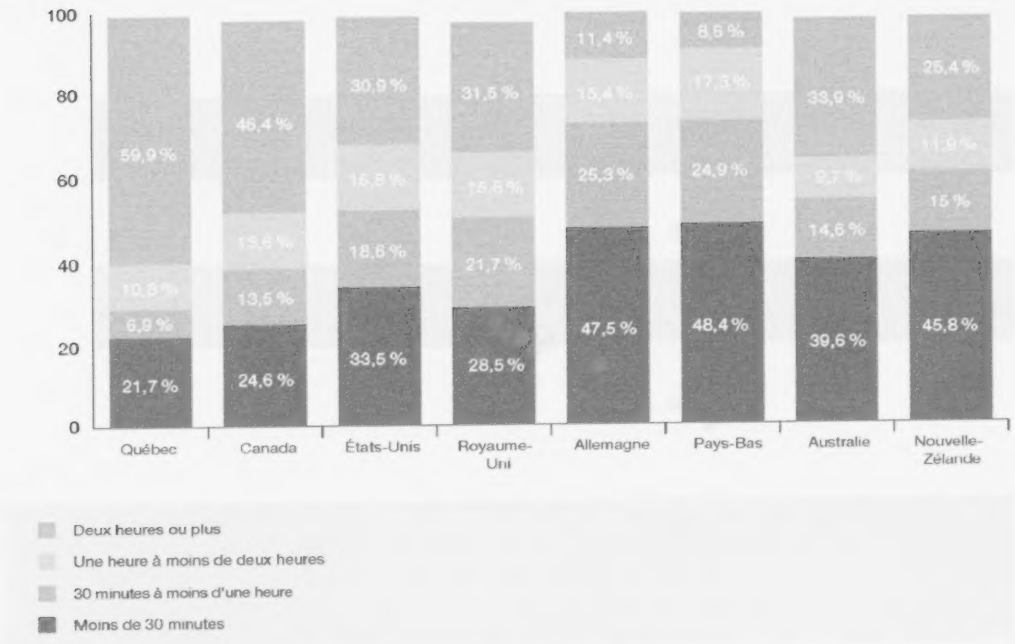

**Note** : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source** : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 8

Attente à l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007

Lors de votre dernière visite à l'urgence, combien de temps avez-vous attendu avant d'être traité ?




**Note** : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source** : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

## La réduction des champs de pratique

Au-delà des problèmes liés à la productivité des soins, certains faits dévoilent une tendance à la réduction de la globalité des services offerts en première ligne au Canada. Non seulement la quantité de services est en cause, mais aussi la nature même des services offerts. Le Sondage national des médecins de 2007 confirme cette réduction de l'étendue de l'offre de première ligne : environ 13 % des médecins disent avoir diminué l'étendue de leur pratique, en matière de genres de services offerts, depuis 24 mois (Sondage national des médecins, 2007). Cette tendance est beaucoup plus marquée en zone urbaine, les médecins des régions rurales déclarant offrir un plus large éventail de services (Sondage national des médecins, 2004).

Cette situation serait encore plus prononcée au Québec. À titre d'exemple, seulement 85 % des médecins généralistes déclarent offrir eux-mêmes des soins pour des problèmes aigus, 36 %, pour des soins d'urgence, 43 %, pour des soins à domicile et 43 %, pour des soins gynécologiques. Sur un ensemble d'indicateurs relatifs à des services ou interventions spécifiques, la province se place au dernier rang pour 16 des 36 indicateurs (Sondage national des médecins, 2007). Si 50 % des médecins canadiens affirment dispenser des services de prise en charge des maladies chroniques, ils ne sont que 28 % à offrir des services d'urgence. On note par ailleurs un recul général du nombre de médecins prodiguant des services généraux de dépistage ou des interventions chirurgicales mineures (Sondage national des médecins, 2004). En outre, seulement 41 % des cliniques disent être bien préparées pour donner des soins optimaux aux personnes atteintes de multiples maladies chroniques (The Commonwealth Fund, 2006).

Au Québec, en ce qui concerne l'étendue des services, on estime que seulement 27 % des cliniques offrent une très large gamme. Près de la moitié ne fournirait qu'une offre restreinte de services à Montréal, par rapport à 34 % en Montérégie (Hamel et *al.*, 2007). Ces constatations témoignent d'une réduction des champs de pratique en médecine de famille. En plus de l'accessibilité limitée, cette réduction pourrait avoir un impact sur la santé des patients et sur l'opportunité des services de première ligne reçus (voir l'encadré).

### La réception de soins globaux

L'enquête du Commonwealth Fund sur les politiques de santé permet de constater dans quelle mesure les personnes reçoivent des services, au-delà de leurs besoins ponctuels de soins. Au Canada, de multiples observations vont dans le même sens, révélant des carences pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques : ainsi, 70 % seulement des femmes âgées de 25 à 64 ans ont reçu un test de dépistage du cancer du col de l'utérus et 71 % seulement des femmes de 50 à 64 ans ont passé une mammographie de dépistage dans les 24 derniers mois ; et seulement 38 % des diabétiques ont reçu l'ensemble des services recommandés, mais environ 85 % des hypertendus ont reçu une évaluation de leur tension artérielle et de leur niveau de cholestérol sanguin dans la dernière année (The Commonwealth Fund, 2006).

## La continuité des soins

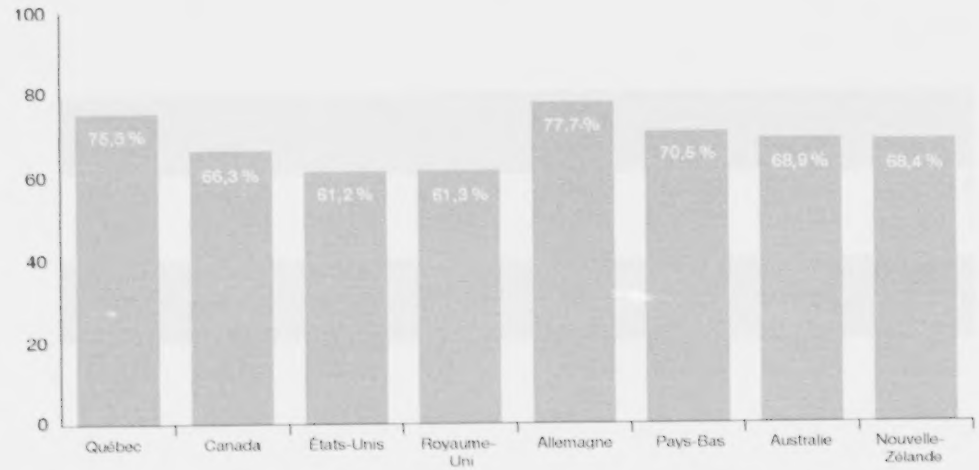
Un autre aspect, celui de la continuité des soins, constitue lui aussi un défi. Aux yeux de plusieurs, la continuité serait la clé de services de qualité en matière de soins de première ligne. Pour les patients, cela correspond à une circulation fluide de l'information, au développement d'une relation de confiance avec les professionnels et à des services qui s'adaptent à leurs besoins et à leurs caractéristiques. Pourtant, un peu moins de la moitié de la population canadienne serait affiliée à ce qu'on appelle un *medical home* — un lieu où l'on rencontre son médecin habituel ou une source habituelle de soins, avec lequel il est facile de prendre contact, qui connaît les antécédents médicaux personnels et qui aide à coordonner les services avec d'autres professionnels (Schoen et *al.*, 2006). Plusieurs cabinets adoptent un mode d'organisation centré sur la consultation sans rendez-vous, sans offrir cette affiliation. Néanmoins, au Québec, les trois quarts des personnes déclarent qu'à leur source habituelle de soins, leurs antécédents médicaux sont connus, une proportion enviable par rapport à celle de plusieurs des pays comparés (Figure 9).

De plus, près de deux personnes sur trois déclarent qu'on leur parle des options de traitement et qu'on les fait participer aux décisions relatives à leur santé (Figure 10).

Figure 9

Connaissance des antécédents médicaux, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, dont les professionnels rencontrés connaissent toujours les aspects importants concernant leur histoire médicale



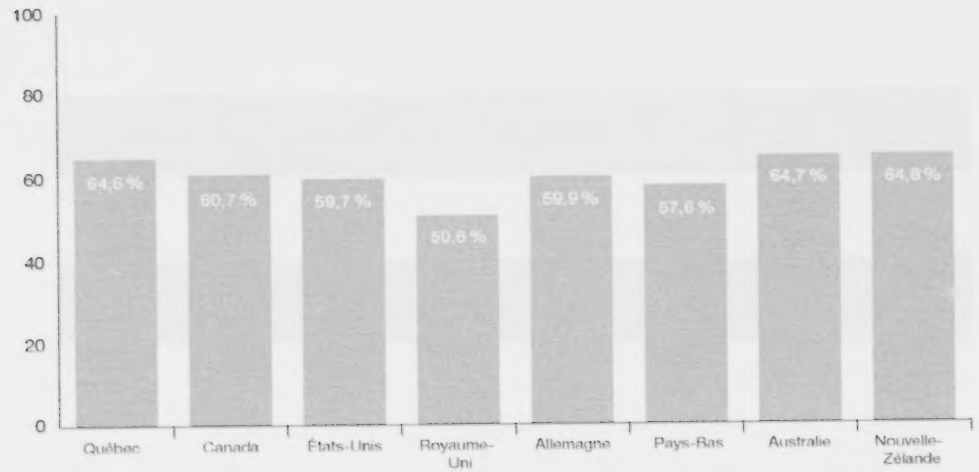

**Note** : Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source** : « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 10

Participation du patient, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, dont les professionnels rencontrés leur parlent toujours à propos des options de traitement et les impliquent dans les décisions concernant leur santé




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Ces constatations sont cohérentes au regard des études qui suggèrent que les utilisateurs sont, en général, satisfaits des services obtenus au Québec, le problème se situant davantage chez les personnes exclues de ces services ou les utilisant de façon ponctuelle, sans fréquenter une source habituelle de soins. En effet, des études récentes suggèrent que les modèles favorisant le contact ponctuel — comme les cliniques sans rendez-vous — ne satisfont pas aux besoins de continuité (Haggerty et *al.*, 2007 ; Pineault et *al.*, 2008), ce qui donne souvent lieu à des problèmes de coordination des soins.

LES UTILISATEURS SONT, EN GÉNÉRAL, SATISFAITS DES SERVICES OBTENUS AU QUÉBEC, LE PROBLÈME SE SITUANT DAVANTAGE CHEZ LES PERSONNES EXCLUES DE CES SERVICES OU LES UTILISANT DE FAÇON PONCTUELLE, SANS FRÉQUENTER UNE SOURCE HABITUELLE DE SOINS.

## La coordination des services

La coordination des services est un enjeu réel sans lequel un système de santé ne peut exceller dans son rendement. Au cours des dernières années, diverses commissions d'enquête et comités de travail ont mis en relief les carences de coordination du système, faisant ressortir les conséquences sur la performance d'ensemble. Cette coordination passe, tout d'abord, par une circulation adéquate de l'information clinique en ce qui concerne les patients. Les lacunes à cet égard sont nombreuses. Ainsi, au Canada, c'est près de deux médecins de première ligne sur trois qui, après avoir recommandé un patient à un collègue, déclarent recevoir l'information et les résultats pour presque tous leurs patients (The Commonwealth Fund, 2006). En contrepartie, seulement trois patients sur quatre qui ont rencontré un spécialiste déclarent que leur clinique ou leur médecin habituel a fourni au spécialiste l'information nécessaire à propos de leur problème (Schoen et *al.*, 2006). De plus, seulement 36 % des médecins de première ligne déclarent recevoir un rapport complet de l'hôpital sur l'hospitalisation de leurs patients dans les deux semaines suivant le congé (The Commonwealth Fund, 2006). Enfin, 39 % des médecins au Canada déclarent réviser parfois, rarement ou jamais l'ensemble de la médication des patients, y compris celle prescrite par des collègues (*Idem*).

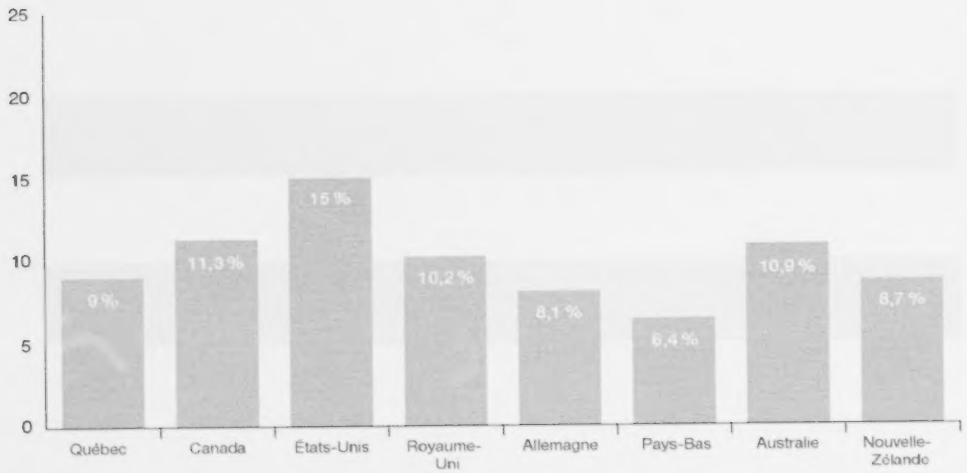
La coordination des soins suppose, en outre, l'existence de mécanismes qui permettent aux personnes de s'orienter dans le système de soins, de repérer les sources de soins les plus pertinentes pour les obtenir et d'éviter la duplication des services. Pourtant, près de 30 % des patients hospitalisés déclarent que l'hôpital n'a pas établi d'arrangements pour les visites de suivi avec un médecin ou un professionnel ; 17 % déclarent ne pas avoir reçu d'instructions relatives aux symptômes à surveiller ni d'instructions au sujet du moment où il fallait consulter pour recevoir des soins après leur congé ; environ 12 % déclarent ignorer avec qui prendre contact pour des questions portant sur leur santé ou leur traitement ; et environ 16 % déclarent avoir été réadmis ou avoir consulté en urgence par suite de complications après leur congé (Shea et *al.*, 2007).

UNE PERSONNE SUR DIX DÉCLARE S'ÊTRE DÉJÀ PRÉSENTÉE À UN RENDEZ-VOUS DANS SA CLINIQUE HABITUELLE SANS QUE LES RÉSULTATS DE TESTS SOIENT DISPONIBLES

Ainsi, le manque de coordination est à l'origine non seulement d'une surcharge des ressources spécialisées et d'infrastructures plus coûteuses, mais aussi des ressources de premier contact. Plus de 40 % des médecins déclarent que leurs patients se présentent, souvent ou parfois, sans que leur dossier soit disponible et un médecin sur cinq déclare que ses patients doivent ainsi, souvent ou parfois, repasser des tests (Schoen et *al.*, 2006). Au Québec, selon l'enquête de 2007 auprès des patients, une personne sur dix déclare s'être déjà présentée à un rendez-vous dans sa clinique habituelle sans que les résultats de tests soient disponibles (Figure 11).

Figure 11
Résultats de tests non disponibles, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants dont un résultat de test diagnostique ou le dossier médical n'était pas disponible au moment du rendez-vous médical.




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

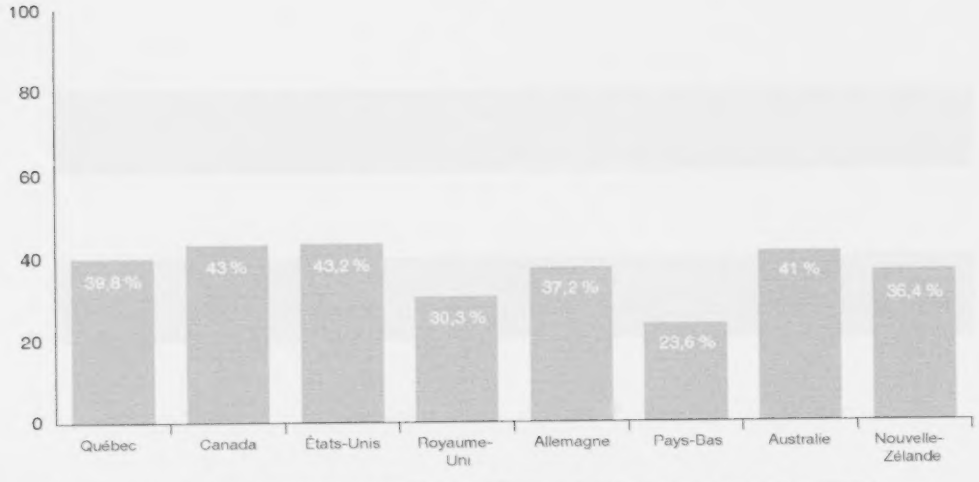
Toujours selon cette enquête, ce sont un peu moins de quatre personnes sur dix qui déclarent que le médecin à leur source habituelle de soins les aide toujours à coordonner leurs soins, une proportion comparable à celle du Canada et des autres pays comparés (Figure 12). De plus, près de 4 % des personnes déclarent qu'un médecin leur a déjà prescrit un test inutile, les résultats n'étant pas disponibles (Figure 13). Bien que le Québec occupe une position très favorable pour cet indicateur, il serait possible d'améliorer encore la circulation de l'information pour éviter la duplication de tests.

QUATRE PERSONNES SUR DIX DÉCLARENT QUE LE MÉDECIN À LEUR SOURCE HABITUELLE DE SOINS LES AIDE TOUJOURS À COORDONNER LEURS SOINS

Figure 12

Aide à coordonner les soins, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants ayant une source habituelle de soins médicaux, dont le médecin habituel aide toujours à coordonner les soins reçus par d'autres médecins ou à d'autres endroits



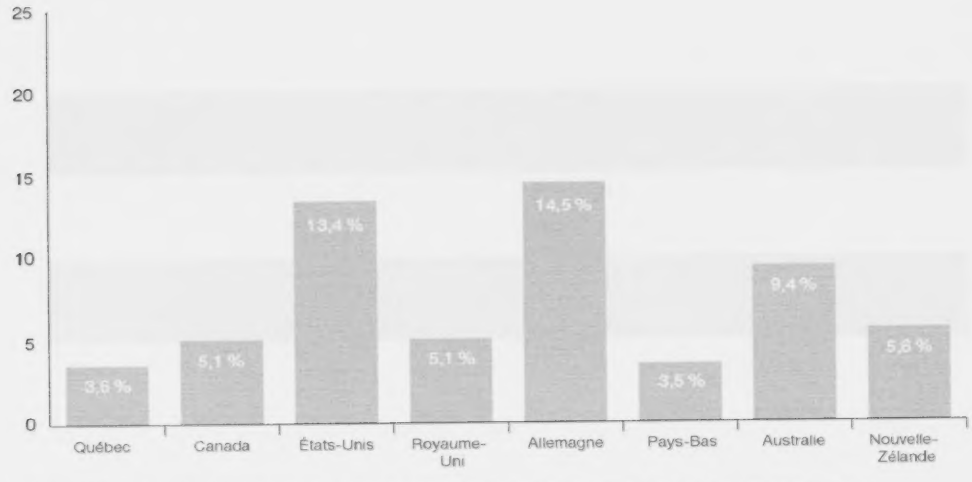

**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

Figure 13

Ordonnance pour des tests inutiles, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants affirmant qu'un médecin leur a prescrit un test qu'ils croyaient inutile, car il avait déjà été réalisé




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

### La satisfaction envers les soins de première ligne

Comme nous l'avons déjà signalé, les utilisateurs de services semblent satisfaits des soins qu'ils reçoivent en première ligne au Québec. Une étude suggère qu'en général, les personnes ayant utilisé des services de première ligne sont satisfaites à l'égard de l'accessibilité, de la continuité, de la réponse aux attentes des personnes sur la façon dont elles sont traitées, de la globalité et des résultats qu'elles perçoivent découlant des soins reçus (Levesque et *al.*, 2007a). L'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux suggère, elle aussi, de très hauts taux de satisfaction (ISQ, 2008). Nous pouvons donc penser que, lorsque les personnes obtiennent des services de première ligne, ces services sont jugés adéquats.

CES MODÈLES QUI ATTEIGNENT UNE MEILLEURE PERFORMANCE FAVORISENT LA PRATIQUE DE GROUPE, LA MULTIDISCIPLINARITÉ, LA COORDINATION DES SOINS ET UNE VISION DE RESPONSABILISATION À L'ÉGARD DES BESOINS DES COMMUNAUTÉS DESSERVIES.

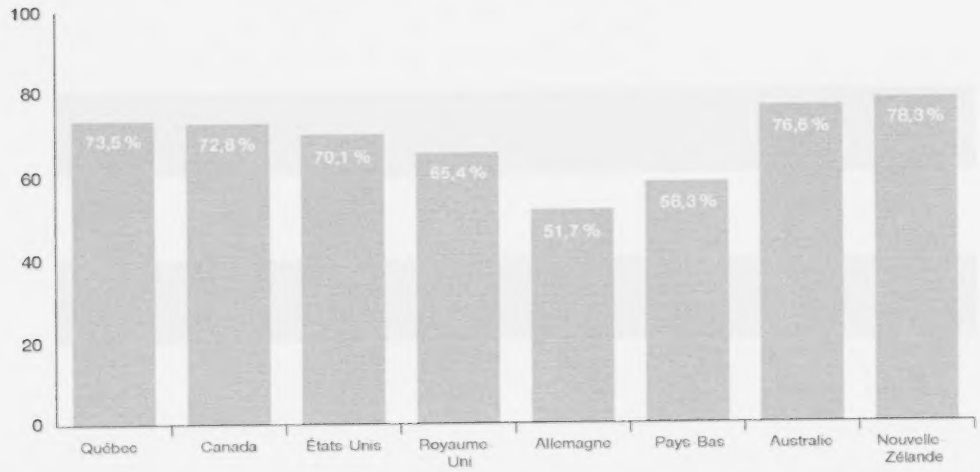
PRÈS DE 74 % DES QUÉBÉCOISES ET DES QUÉBÉCOIS INTERROGÉS DÉCLARENT QUE LA QUALITÉ DES SOINS À LEUR SOURCE HABITUELLE DE SOINS EST EXCELLENTE OU TRÈS BONNE.

Néanmoins, d'autres études récentes suggèrent que certains types d'organisation de première ligne répondent mieux aux besoins et en maximisent l'impact sur l'expérience de soins des personnes. Ces modèles qui atteignent une meilleure performance favorisent la pratique de groupe, la multidisciplinarité, la coordination des soins et une vision de responsabilisation à l'égard des besoins des communautés desservies (Pineault et *al.*, 2008 ; Lamarche et *al.*, 2003). Les moins performantes sont celles qui fournissent un contact ponctuel sans rendez-vous et sans prise en charge. Parmi les plus performantes se trouvent les groupes de médecine de famille (GMF), qui se distinguent à cet égard, et les centres locaux de services communautaires (CLSC), mais à un degré moindre (Pineault et *al.*, 2008). Cependant, ces études révèlent que le Québec peut faire mieux pour satisfaire aux attentes légitimes et aux besoins de soins. L'enquête du Commonwealth Fund de 2007 signale, elle aussi, que la qualité perçue à propos des soins reçus est bonne, près de 74 % des Québécoises et des Québécois interrogés déclarent que la qualité des soins à leur source habituelle de soins est excellente ou très bonne, une proportion comparable à celle du Canada et s'approchant de celle des pays les plus performants à cet égard (Figure 14).

Figure 14

Qualité globale des services de santé, Québec, Canada et autres pays, 2007

Répondants, parmi ceux ayant une source habituelle de soins médicaux, évaluant comme très bonne ou excellente la qualité globale des services de santé dans les 12 derniers mois




**Note :** Les données pour chaque pays sont pondérées pour tenir compte de la composition démographique au dernier recensement; la donnée pour le Québec n'est pas pondérée.

**Source :** « The Commonwealth Fund's 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries » : Commonwealth Fund, Conseil canadien de la santé et Commissaire à la santé et au bien-être du Québec.

## > LES PROPOSITIONS DES RÉCENTES COMMISSIONS D'ÉTUDE ET DES GROUPES DE TRAVAIL

Ces dernières années, au Québec, plusieurs commissions d'étude et comités de travail se sont penchés sur les services de première ligne. Leurs observations concordent en ce qui a trait aux lacunes organisationnelles et leurs rapports offrent des recommandations pour y remédier. Voici brièvement les principales.

UN GRAND NOMBRE DE GMF ONT ÉTÉ CRÉÉS ET DIVERSES ÉVALUATIONS ONT PERMIS D'EN CONSTATER LES AVANTAGES, TANT POUR L'EXPÉRIENCE DE SOINS DES PERSONNES QUE POUR LA QUALITÉ DE VIE DES PROFESSIONNELS Y EXERÇANT LEURS ACTIVITÉS

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair), qui avait le mandat d'examiner l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux, était perçue comme l'occasion de proposer des moyens pour protéger, adapter et améliorer le système (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Entre autres choses, cette commission a porté une grande attention aux services de première ligne. Elle a souligné la nécessité d'intégrer les pratiques préventives à la pratique clinique et d'organiser un réseau de première ligne pour en faire l'assise du système, intégrant les CLSC et les cabinets privés. Elle a recommandé que le volet médical du réseau de première ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille (GMF), composés d'omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes. Ces groupes seraient responsables d'une gamme définie de services auprès d'une population de citoyens qui les auraient choisis. Dans la foulée de ce rapport, un grand nombre de GMF ont été créés et diverses évaluations ont permis d'en constater les avantages, tant pour l'expérience de soins des personnes que pour la qualité de vie des professionnels y exerçant leurs activités (Beaulieu et *al.*, 2006 ; Pineault et *al.*, 2008 ; Haggerty et *al.*, 2007).

La commission Clair a aussi suggéré d'informatiser les dossiers médicaux dans les cabinets, les GMF et les CLSC, et ce, en vue de moderniser le traitement des données cliniques, et elle recommandait d'instaurer des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés partout au Québec. En effet, les travaux avaient mis en évidence la faiblesse des systèmes d'information clinique et l'incapacité d'obtenir des données populationnelles fiables. Soulignant l'absence du dossier médical informatisé, elle avait proposé de le mettre en place en partenariat avec le secteur privé, au vu du rôle de ces technologies pour soutenir les décisions cliniques. Un *vox pop* effectué dans le contexte de cette commission laissait aussi entendre que 81 % des personnes interviewées étaient favorables à l'idée d'un dossier médical informatisé, puis un sondage auprès de la population suggérait, à son tour, que 80 % des gens étaient, plutôt ou fortement, en accord avec l'idée qu'un dossier unique soit constitué pour chaque patient et soit accessible à tous les professionnels de la santé consultés.

De plus, la commission Clair a recommandé de revoir le cadre d'exercice des pratiques professionnelles et d'offrir les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. Elle proposait aussi que les établissements d'enseignement adaptent leurs programmes de formation aux exigences du travail interdisciplinaire. Enfin, elle a souligné les carences du système en raison du cloisonnement des professionnels ainsi que des établissements et le fait que l'hôpital demeure le lieu ultime de résolution des problèmes médicaux et sociaux — et qu'il en découle une mauvaise utilisation de l'hôpital et des unités d'urgence, avec un impact sur la performance du système.

La commission Clair a aussi fait ressortir le rôle primordial des services de santé dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Elle a suggéré d'intégrer la prévention — avec le soutien des directions de santé publique — à la pratique clinique des professionnels de la santé. À son tour, le Groupe de travail sur le financement du système de santé (groupe de travail Castonguay) a souligné la nécessité d'investir dans la prévention, car celle-ci permet d'améliorer la santé des personnes, de réduire ou de retarder l'utilisation des services et les coûts associés et de donner à la population les moyens de devenir plus productive (Groupe de travail sur le financement du système de santé, 2008). Si, pour l'essentiel, le groupe de travail signale diverses interventions de promotion et de prévention réalisées à l'extérieur du système de santé et de services sociaux, il importe de rappeler que ce dernier a, lui aussi, un rôle à jouer. Les pratiques relatives au dépistage précoce des maladies, aux interventions motivationnelles, dont le but est de modifier des comportements, ainsi qu'à la prévention des complications de maladies ou de facteurs de risque peuvent se pratiquer en contexte clinique, en particulier en première ligne.

La commission Clair a aussi attiré l'attention sur l'importance d'instaurer une gestion proactive des services pour répondre aux défis que constitue l'évolution sociale et démographique, par les transformations dans le profil de maladies et dans les capacités technologiques d'intervenir sur la santé. Cette gestion proactive — ou préventive — devait aider à atteindre les objectifs consistant à prévenir, à guérir et à soigner par l'analyse des problèmes et de leurs causes, par l'identification des interventions disponibles, par le déploiement des interventions efficaces et par le suivi systématique de leurs résultats. C'est pourquoi la Commission avait souligné le rôle crucial des systèmes d'information et de la production de données probantes, insistant sur le rôle clé des technologies de l'information pour être en mesure d'apprécier la performance. Pour sa part, le groupe de travail Castonguay a fait valoir la nécessité de se donner des moyens pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux et elle a suggéré de se donner des indicateurs, de mener des évaluations comparatives entre dispensateurs et territoires et de partager l'information en vue de définir les pratiques efficaces.

Quant à la rémunération, la commission Clair a proposé un mode mixte. Ainsi, les médecins qui travaillent dans un groupe de médecine de famille seraient rémunérés en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques sociales et de santé, selon un forfait pour leur participation à certains programmes (selon des contrats ou des ententes), auquel s'ajouterait un montant à l'acte pour certaines activités de prévention ou pour soutenir la productivité à l'égard d'activités où le volume de services rendus est élevé. De son côté, le groupe de travail Castonguay a également suggéré un mode de rémunération à forfait associé à un mode mixte comportant un financement lié au nombre de patients inscrits.

Par ailleurs, le groupe de travail Castonguay a reçu pour mandat d'examiner les moyens d'assurer un financement adéquat de la santé. À cet égard, il a fait des recommandations à propos du financement de la première ligne de soins : percevoir une cotisation annuelle auprès des patients inscrits ; établir un financement des cliniques de première ligne, y compris, en tout ou en partie, le coût des consultations demandées aux spécialistes ; décloisonner la pratique médicale et autoriser la pratique dans les secteurs public et privé ; élargir la possibilité de s'assurer pour des services médicaux privés.

Bien que son mandat porte d'abord sur le financement, le groupe de travail Castonguay a tout de même dressé des constatations plus globales sur les problèmes qui affectent le système et proposé des recommandations. Notons les suivantes : inscrire les personnes auprès d'une clinique ou d'un médecin de famille ; se donner des moyens pour apprécier la performance du système et partager l'information pour dégager les pratiques efficaces ; se donner de meilleurs systèmes d'information ; accélérer le déploiement de la pratique de groupe, de façon à assurer à chaque Québécoise et à chaque Québécois l'accès à un médecin de famille et à une équipe multidisciplinaire ; collaborer plus étroitement avec les autres composantes du système, grâce à des agents de liaison et en formant les nouveaux médecins à cette collaboration entre généralistes et spécialistes ; et rémunérer les médecins selon un mode mixte comportant un forfait lié au nombre de personnes inscrites.

Plus particulièrement, il a recommandé d'accélérer le déploiement de cliniques de santé — soit des cabinets privés, des groupes de médecine de famille, des centres locaux de services communautaires, des cliniques-réseaux ou des coopératives de santé — pour donner, à chaque Québécois ou Québécoise, la possibilité d'avoir accès à un médecin de famille. Il recommandait aussi d'alléger la formule du GMF et de permettre l'association de plusieurs cabinets privés se partageant les heures d'ouverture et le personnel infirmier. Il a suggéré, en outre, que les patients s'inscrivent auprès d'une clinique de santé ou d'un médecin de famille. Ces cliniques de santé se distinguent des cliniques médicales par le fait que les services y seraient assurés non plus seulement par les médecins, mais plutôt par des équipes multidisciplinaires.

Une étude récente commandée par ce même groupe de travail établit les caractéristiques des organisations de première ligne qui obtiennent les meilleurs résultats (Lamarche, Pineault et Brunelle, 2007). Ces caractéristiques incluent la nécessité de voir au suivi de l'état de santé, à l'accès aux soins et à la coordination des soins des personnes et des collectivités envers lesquelles elles ont des responsabilités; de regrouper les médecins qui y pratiquent en équipe, presque à plein temps, en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé, du secteur social et communautaire; de baser le financement surtout sur le nombre de patients et leurs caractéristiques sociosanitaires; de rémunérer les médecins en fonction des responsabilités qu'ils assument et du temps qu'ils y consacrent, et non pas uniquement ni surtout en fonction de la quantité et de la complexité des services fournis; d'affilier chaque personne à un médecin de famille et d'assurer le suivi en personne ou par garde téléphonique, 24 heures par jour et 7 jours par semaine. En outre, les organisations de première ligne devraient se munir de technologies diagnostiques et thérapeutiques adéquates. Par ailleurs, cette étude recommande de revoir le nombre d'étudiants en médecine de famille et de valoriser leur pratique dans la formation ainsi que leur taux de rémunération.

Enfin, la commission Clair proposait une réforme de l'organisation du système de santé et de services sociaux fondée sur le médecin de famille, auquel elle accordait un rôle prépondérant. Selon nous, plusieurs éléments de cette vision demeurent pertinents pour guider la poursuite de la réorganisation du système de santé et de services sociaux. Dans le document intitulé *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée: recommandations, enjeux et implications*, nous proposons des actions qui nous permettront d'y arriver. Si certaines sont déjà en cours et méritent d'être poursuivies, d'autres requièrent de nouveaux investissements, exigent un débat entre les acteurs du réseau et, finalement, l'engagement de tous pour répondre aux attentes des citoyens.

# CONCLUSION

# CONCLUSION

Afin d'apprécier la performance du système de santé et de services sociaux québécois, il est nécessaire, dans un premier temps, de bien comprendre sa structure, son organisation, son financement et les enjeux qui y sont liés. Nous l'avons vu, le système québécois de santé et de services sociaux est une entité complexe. En faire bien comprendre les caractéristiques actuelles est donc un défi, défi que le présent document tente de relever au regard du système de santé et de services sociaux et de sa première ligne de soins.

Relativement à cette vue d'ensemble du système de santé et de services sociaux, une première constatation émerge : l'ampleur des ressources financières et humaines qui y sont investies, tout comme les volumes de services rendus à la population sont importants. Cependant, si le système de santé et de services sociaux bénéficie de beaucoup de ressources, sa performance globale, comparée à celle d'autres pays, soulève des questionnements, principalement au regard des soins de première ligne et des résultats atteints. À cet égard, il importe de noter qu'un Québécois sur cinq estime que le système doit être entièrement rebâti.

Certains facteurs soulevés dans le présent document pourraient expliquer les difficultés de la première ligne de soins. Acteurs pivots de la première ligne de soins, les médecins omnipraticiens ont vu leur pratique changer au cours des dernières années, le nombre d'activités cliniques de premier contact ayant été réduit au profit des centres hospitaliers. La pratique en CLSC s'est également accrue au cours des dernières années. Vaste et comportant de grandes distances entre les centres urbains, le territoire québécois ne favorise pas non plus l'accès aux ressources médicales, quoique la plupart des Québécois aient accès, en moins de 15 minutes de route, à un lieu de prestation de soins. Les médecins omnipraticiens québécois ont aussi vu diminuer la pratique en solo comparativement au reste du Canada. Par ailleurs, leur rémunération est de moins en moins du type « à l'acte », bien que 69,7 % des médecins aient reçu ce type de rémunération encore récemment.

Les rapports et indicateurs recensés révèlent certains problèmes particuliers relativement à la première ligne de soins : pénurie relative de main-d'œuvre, désaffection envers la pratique de médecine de famille, manque de productivité, difficulté d'affiliation aux médecins de famille, accessibilité réduite des services médicaux, réduction des champs de pratique, problèmes en continuité des soins, coordination insuffisante des services et satisfaction réduite envers les soins de première ligne. En effet, le corps médical, principalement en médecine de famille, s'est difficilement renouvelé et la médecine de famille est moins populaire auprès des étudiants en médecine. De plus, le nombre d'heures travaillées diminue et les médecins acceptent de moins en moins de nouveaux patients. Les Québécoises et les Québécois ont donc de moins en moins accès aux services médicaux de premier contact et la continuité des soins en est aussi diminuée, ce qui, de manière ultime, peut affecter la qualité des soins. Malgré ces observations, qui révèlent des problèmes, les taux de satisfaction d'individus ayant recours aux services en question sont relativement élevés au Québec.

Ces mêmes éléments nécessitant une amélioration dans notre contexte ont également été soulignés à maintes reprises par certains rapports de commissions d'étude et de groupes de travail qui se sont penchés sur la question de la première ligne de soins. De ces rapports, il ressort clairement qu'il est non seulement faisable mais aussi nécessaire de mieux organiser les services de première ligne afin de soutenir les efforts d'amélioration de la performance de celle-ci. Des actions ont été prises, entre autres l'adoption du projet de loi 25, balisant la création des réseaux locaux de santé et de services sociaux, et la création des groupes de médecine de famille (GMF) ; des efforts soutenus dans ce sens demeurent cependant nécessaires.

Le système de santé et de services sociaux du Québec est complexe et les différents acteurs et organisations qui y exercent leurs activités partagent la responsabilité de sa performance. Dans cet esprit, le Commissaire à la santé et au bien-être convie le réseau à se joindre collectivement à l'exercice d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux et, plus particulièrement, de sa première ligne de soins, et à travailler ensemble à son amélioration continue.

| | | |
|---|---|---|
| Figure 1 | Total des dépenses de santé par habitant, en dollars canadiens, 2000 à 2008 | 16 |
| Figure 2 | Total des dépenses de santé, en pourcentage du produit intérieur brut, 2000 à 2008 | 17 |
| Figure 3 | Perception par rapport au système de santé, population présentant des problèmes de santé, Québec, Canada et autres pays, 2008 | 23 |
| Figure 4 | Affiliation à une source habituelle de soins, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 46 |
| Figure 5 | Délai pour obtenir un rendez-vous, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 48 |
| Figure 6 | Consultation évitable de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 50 |
| Figure 7 | Consultation de l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 51 |
| Figure 8 | Attente à l'urgence, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 52 |
| Figure 9 | Connaissance des antécédents médicaux, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 54 |
| Figure 10 | Participation du patient, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 55 |
| Figure 11 | Résultats de tests non disponibles, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 57 |
| Figure 12 | Aide à coordonner les soins, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 58 |
| Figure 13 | Ordonnance pour des tests inutiles, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 59 |
| Figure 14 | Qualité globale des services de santé, Québec, Canada et autres pays, 2007 | 61 |

BEAULIEU, M. D. et al. (2008). « Family practice : professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. » *Social Science and Medicine*, 67 (7), p. 1153-1163.

BEAULIEU, M. D. et al. (2006). *L'implantation des groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*, Montréal, Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale, 27 p.

BÉGIN, C. et al. (1999). *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 442 p. (Collection Politique et économie)

BERGERON, P. (1990). « La commission Rochon reproduit les solutions de Gastonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, vol. 31, n° 3, p. 359-380.

CANADIAN RESIDENT MATCHING SERVICE (CARMS)/ SERVICE CANADIEN DE JUMELAGE DES RÉSIDENTS (2007). *Rapports des jumelages R-1. Données relatives aux inscriptions et quotas par faculté pour le 1er tour 2007* (tableau 4) *et aux postes non comblés au 2e tour 2007 par discipline et par faculté* (tableau 38) [http://www.carms.ca/file/operations R1reports_07_f.shtml] (5 janvier 2009).

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *Sondage national des médecins 2004 et 2007 [demande d'analyse au Comité consultatif technique du Sondage national des médecins, le 9 juillet 2008* http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/resources/ access_f.asp]

COMITÉ SUR L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec*, Montréal, Comité sur l'évaluation du système des services sociaux, 66 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2008). *Améliorer notre système de santé et de services sociaux. Une nouvelle approche pour en apprécier la performance*, Document d'orientation, Québec, CSBE, 99 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (commission Clair) (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Gouvernement du Québec, 410 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. (2007). *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main-d'œuvre médicale au Québec*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 81 p.

DAVIS, K. et al. (2007). *Mirror, Mirror on the Wall : An International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, New York, The Commonwealth Fund, 90 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (2008). *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* [http://www.fmoq.org/Documents/Nouvelles/ Politique%20nationale_FINALE.pdf] (5 janvier 2009).

FOURNIER, M. A. et A. P. CONTANDRIOPOULOS (2006). *Caractéristiques des médecins du Québec et de leur pratique selon le temps consacré à leurs activités professionnelles*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 63 p.

FRENK, J. et M. A. GONZÁLEZ-BLOCK (1992). « Primary Care and Reform of Health Systems : A Framework for the Analysis of Latin American Experiences », *Health Services Management Research*, vol. 5, n° 1, p. 32-43.

FRONTIER CENTRE FOR PUBLIC POLICY & HEALTH CONSUMER POWERHOUSE (2008). *Canadian Health Consumer Index 2008 Report*, Frontier Centre for Public Policy & Health Consumer Powerhouse, 39 p.

FYKE, K. J. (2001). *Caring for Medicare : Sustaining a Quality System*, Commission on Medicare, Regina, Government of Saskatchewan, 154 p.

GAUTHIER, J. et al. (à paraître). *Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec*, Programme de recherche financé par la FCRSS — RC2-0985-05.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (2008). *En avoir plus pour notre argent. Des services accessibles aux patients, un financement durable, un système productif, une responsabilité partagée*, Québec, Groupe de travail sur le financement du système de santé, 338 p.

HAGGERTY, J. L. et al. (2007). « Place à l'amélioration : Expérience des patients du Québec concernant les soins primaires à la veille de réformes majeures », *Le médecin de famille canadien*, juin, vol. 53, p. 1056-1057.

HAMEL, M. et al. (2007). *L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne, 107 p.

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE & FRONTIER CENTRE FOR PUBLIC POLICY (2008). *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*. Health Consumer Powerhouse AB & Frontier Centre for Public Policy, 46 p.

HUTCHISON, B., J. ABELSON et J. LAVIS (2001). « Primary Care in Canada : So Much Innovation, So Little Change », *Health Affairs*, mai-juin, vol. 20, n° 3, p. 116-131.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2007). *Les dispensateurs de soins de santé au Canada*, Ottawa, ICIS, 145 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Profil de consultation, satisfaction globale et opinion générale : analyse des données de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, 2005-2007*, Québec, Gouvernement du Québec, 63 p.

KAPETANAKIS, C., D. OUELLET et R. PINEAULT (2008). *Besoins et difficultés d'accès aux services de premier contact, Canada, Québec, Montréal. Analyse des données de l'enquête sur l'accès aux services de santé, 2003*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec, 88 p.

KIRBY, M. J. L. (2002). *The Health of Canadians — The Federal Role. Final Report, Volume Six : Recommendations for Reform*, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Chair : The Honourable Michael J. L. Kirby, Deputy Chair : The Honourable Marjory LeBreton, Senate of Canada, 351 p.

LAMARCHE, P. A., R. PINEAULT et Y. BRUNELLE (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*, Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé, 63 p.

LAMARCHE, P. A. et al. (2003). *Synthèse des politiques sur les soins de première ligne*, Rapport soumis aux partenaires pour le compte de la Fondation de recherche sur les services de santé, novembre.

LEVESQUE, J. F., D. ROBERGE et R. PINEAULT (2007). « La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec ? », dans M. J. FLEURY, M. TREMBLAY, H. NGUYEN et L. BORDELEAU, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaétan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, chap. 5, p. 63-78.

LEVESQUE, J. F. et al. (2007a). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : Barrières et éléments facilitants*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique, 69 p.

LEVESQUE, J. F. et al. (2007b). *L'expérience de soins de la population — Portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie*, Institut national de santé publique du Québec, 97 p.

LEVESQUE, J. F. et P. BERGERON (2003). « Quebec's Health Care System : Origins, Organization and Future », dans C. P. SHAH (dir.), *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, W. B. Saunders Canada, 5e édition, chap. 17, p. 517-529.

MACINKO, J., B. STARFIELD et L. SHI (2003). « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, juin, vol. 38, n° 3, p. 831-865.

MAZANKOWSKI, D. (2001). *A Framework for Reform*, Report of the Premier's Advisory Council on Health, Government of Alberta, 72 p.

MCKINLAY, J. et L. MARCEAU (2008). « When there is no doctor : Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century », *Social Science and Medicine*, vol. 67, n° 10, p. 1481-1491.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Rapport annuel de gestion 2007-2008*, Direction des politiques et des orientations stratégiques, Québec, MSSS, 128 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008a). *Info-Dépenses*, Service du développement de l'information (SDI), février, p. 27, 33 et 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Info-Séfram*, Service du développement de l'information (SDI), août, p. 18.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Direction des politiques et des orientations stratégiques, Québec, MSSS, 112 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, Québec, MSSS, 63 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS.

ONTARIO HEALTH QUALITY COUNCIL (2008). *Report on Ontario's Health System*, Toronto, OHQC, 108 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2007). *Évolution de l'effectif de la profession infirmière au Québec. Données au 31 mars 2007*. Faits saillants de l'année 2006-2007, Service des statistiques sur l'effectif, Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif, OIIQ. [http://www.oiiq.org/uploads%5Cpublications%5Cstatistiques/etats2007/evolution_effectifs_2007.htm#05] (5 janvier 2009).

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2007). *Panorama de la santé 2007. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, OCDE, 195 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ/WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Genève, OMS, 206 p.

PINEAULT, R. et *al.* (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Québec, Institut national de santé publique du Québec, 59 p. + annexes.

PONG, R. W. et J. R. PITBLADO (2001). « Don't take geography for granted! Some methodological issues in measuring geographic distribution of physicians », *Journal canadien de la médecine rurale*, vol. 6, n° 2, p. 103-112.

ROMANOW, R. J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada — Final Report*, Saskatoon, The Commission on the Future of Health Care in Canada, 356 p.

ROURKE, J. (2008). « Increasing the number of rural physicians », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 3, p. 322-325.

SANMARTIN, C. (2006). « Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada », *Healthcare Policy*, vol. 1, n° 3, p. 103-119.

SANMARTIN, C. et *al.* (2002). « Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 3, p. 17-24, Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.

SAVARD, I. et J. RODRIGUE (2007). *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006*, Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 27 p.

SCHOEN, C. et *al.* (2006). « On The Front Lines of Care : Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views in Seven Countries », *Health Affairs Web Exclusive*, vol. 25, n° 6, w555-w571, [http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/25/6/w555] (publié en ligne le 2 novembre 2006).

SHEA, K. K. et *al.* (2007). *Health System Performance in Selected Nations : A Chartpack*, The Commonwealth Fund, 130 p.

SINCLAIR, D. (1999). Health Services Restructuring Commission (Duncan Sinclair, Chair). *Primary Health Care Strategy. Advice and Recommendations to the Honourable Elizabeth Witmer, Minister of Health*, Government of Ontario, 84 p.

STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005). « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *Milbank Q.*, vol. 83, n° 3, p. 457-502.

STARFIELD, B. (1998). *Primary Care : Balancing Health Needs, Services and Technology*, New York, Oxford University Press, 438 p.

THE COMMONWEALTH FUND COMMISSION ON A HIGH PERFORMANCE HEALTH SYSTEM (2006). *Why Not the Best? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*, New York, The Commonwealth Fund, 32 p.

THE CONFERENCE BOARD OF CANADA (2006). *Healthy Provinces, Healthy Canadians: A Provincial Benchmarking Report. Health, Healthcare and wellness*, Ottawa, The Conference Board of Canada, 33 p.

WILSON, R., S. E. D. SHORTT et J. DORLAND (2004). *Implementing Primary Care Reform : Barriers and Facilitators*, Kingston (Ontario), School of Policy Studies, Queen's University, 200 p.

# RÉALISATION

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

**Robert Salois**

DOCUMENT PRÉPARÉ PAR UN AUTEUR PRINCIPAL

**Jean-Frédéric Levesque***,
commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse

AVEC LA COLLABORATION DE

**Mélissa Généreux**

**Marie-Alexandra Fortin**

**Abdo Shabah**

**Ghislaine Claret de Langavant**,
commissaire adjointe à l'éthique

**Claire Boily**

**Marie-France Hallé**

**Junichiro Boutet-Nakamura**

**Anne Marcoux**,
directrice générale

CONTRIBUTION À LA RECHERCHE ET À LA VALIDATION DES DONNÉES

**Daniel Labbé**,
coordination

**Maxime Ouellet**

**Mathilde Bélanger**

**Claire Boily**

COMITÉ CONSULTATIF

**France Légaré**,
Université Laval

**Robert Perreault**,
Université McGill et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Raynald Pineault**,
Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Brian Hutchison**,
McMaster University

**Diane Watson**,
University of British Columbia

**Martin Roland**,
University of Manchester, Royaume-Uni

COMITÉ D'ORIENTATION

**Paul Bernard**,
Université de Montréal

**André-Pierre Contandriopoulos**,
Université de Montréal

**Véronique Déry**,
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

**Jean-Pierre Duplantie**,
Ex-directeur général du Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire

**Denis A. Roy**,
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

GRAPHISME

**Matteau Parent graphisme et communication inc.**

ÉDITION

**Chantal Racine**
**Solange Laplerre**

© 2009 Commissaire à la santé et au bien-être

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec, 2009
Bibliothèque nationale du Canada, 2009

Mars 2009

ISBN : 978-2-550-55140-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-55141-6 (version électronique)

* Jean-Frédéric Levesque est également médecin-conseil à la Direction des systèmes de soins et politiques publiques de l'Institut national de santé publique du Québec. Dans le contexte d'une entente de collaboration avec l'Institut, il agit à titre de commissaire adjoint à l'appréciation et à l'analyse au bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

# REMERCIEMENTS

La production du présent rapport résulte de la participation de bon nombre de collaborateurs. C'est pourquoi nous désirons souligner la contribution de personnes et d'organismes qui nous ont appuyés tout au long de nos travaux.

À ce titre, nous souhaitons remercier, plus particulièrement, les personnes suivantes :

| | |
|---|---|
| M[me] Myriam Bergeron | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |
| M[me] Caroline Boucher | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Yvon Brunelle | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Robert Choinière | Institut national de santé publique du Québec |
| M[me] Kinga David | Institut canadien d'information sur la santé |
| M[me] Johanne Fournier | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |
| M[me] Yolaine Galarneau | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M[me] Josée Gauthier | Institut national de santé publique du Québec |
| M. François Grenier | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Jonathan Keays | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Claude Lemay | Institut canadien d'information sur la santé |
| M[me] Carolle Lessard | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Daniel Marleau | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| M. Robert Pampalon | Institut national de santé publique du Québec |
| M. Gilles Pelletier | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Daniel Poirier | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M. Denis A. Roy | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |
| M. Robert Sainte-Marie | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |
| M. Marc-André Saint-Pierre | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M[me] Sarah Scott | Coordonnatrice du Sondage national des médecins et du Projet Janus, Collège des médecins de famille du Canada |
| M. José Vélasco | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| M[me] Lynne Villeneuve | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie |

Nous tenons également à remercier les organismes dont le nom apparaît ci-dessous.

En effet, la collecte des données provenant des enquêtes du Commonwealth Fund s'est faite grâce à la collaboration du Commonwealth Fund et de la Health Foundation (Royaume-Uni) ; du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports (Pays-Bas) et du Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen ; du German Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Allemagne) ; de la Haute Autorité de santé (France) ; du Conseil canadien de la santé (Canada), du Commissaire à la santé et au bien-être (Québec) ; du Ontario Health Quality Council (Ontario).

Certes, toutes les personnes qui nous ont partagé leurs avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leurs noms ne figurent pas dans ces lignes.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec